Direction de
santé publique
de l'Outaouais

Journées annuelles de santé publique 2005
Actualité - Communiqués
La Direction de santé publique et son personnel
Développement et adaptation sociale
Habitudes de vie et maladies chroniques
Maladies infectieuses
Portrait de santé - Statistiques
Programmes de subventions
Publications
Cartes de l'Outaouais
Santé et environnement
English Section

RECHERCHE

Enquête sociale et de santé

Troisième d'une série d'enquêtes portant sur la santé et le bien-être des Québécois et des gens de l'Outaouais, l'Enquête sociale et de santé 1998 s'inscrit dans le prolongement de l'enquête Santé Québec 1987 et de l'Enquête sociale et de santé 1992-1993 dont elle reprend en grande partie les thèmes et les mesures, assurant de cette façon une surveillance de l'état de santé et de bien-être et des facteurs de risque qui y sont associés. Elle a la particularité d'aborder plusieurs nouveaux sujets et d'approfondir des aspects traités dans les enquêtes antérieures. En plus de fournir de précieux renseignements sur les problèmes de santé physique et mentale des gens de l'Outaouais et des Québécois, l'enquête renseigne sur leurs habitudes de vie et sur le recours aux services sociaux et de santé. Les résultats rendent également compte des liens entre les différents milieux de vie et la santé (famille, entourage social, milieu de travail, etc.). Les présentes fiches s'appuient sur les données recueillies tout au cours de l'année 1998 lors d'entrevues réalisées à domicile auprès de 12 000 ménages au Québec, dont 862 en Outaouais.

- ISBN : Voir à l'arrière de chacune des fiches.
- Périodicité : --
- Nombre de pages : 94 en tout.
- Prix : Gratuit
- Date de parution : Variable selon la fiche. Entre septembre 2001 et avril 2002.

Fiche 1- Méthode

Fiche 2- Caractéristiques sociales et socioéconomiques

Fiche 3- Usage du tabac

Fiche 4- Consommation d'alcool

Fiche 5- Consommation de drogues et autres substances psychoactives

Fiche 6- Alimentation: perceptions, pratiques et insécurité alimentaire

Fiche 7- Activité physique

Fiche 8- Poids corporel

Fiche 9 et 10- Comportements sexuels et utilisation du condom. Orientation sexuelle.

Fiche 11- Divers comportements de santé propres aux femmes

Fiche 12- Perception de l'état de santé

Fiche 13- Problèmes de santé

Fiche 14- Problèmes auditifs et problèmes visuels

Fiche 15- Accidents avec blessures

Fiche 16 et 17. Santé mentale. Idées suicidaires

Fiche 18- Incapacité et limitation d'activités

Fiche 19- Recours aux services des professionnels

Fiche 20- Recours aux hospitalisations, à la chirurgie d'un jour et aux services posthospitaliers

Fiche 21- Recours au service Info-Santé

Fiche 22- Consommation de médicaments

Fiche 23- Vaccination contre la grippe

Fiche 24- Famille et santé. Non publiée faute de données.

Fiche 25- Environnement de soutien

Fiche 26-Travail et santé. Non publiée faute de données.

Fiche 27- Environnement psychosocial au travail

Fiche 28- Couverture des frais de santé par un régime d'assurance privée. Non publiée.

Fiche 29- Spiritualité, religion et santé

HAUT DE LA PAGE

Dernière mise à jour :2005-01-05

105-07546/

Septembre 2001

ENQUÊTE SOCIALE ET DE SANTÉ

OUTAOUAIS 1998

LES RÉSULTATS DE L'ENQUÊTE SOCIALE ET DE SANTÉ 1998 POUR LA RÉGION DE L'OUTAOUAIS SONT PUBLIÉS SOUS FORME DE FICHES, CHACUNE CORRESPONDANT À UN DES THÈMES DE L'ENQUÊTE.

NOS FICHES

Fiche 1 : Méthodes
Fiche 2 : Caractéristiques sociales et socio-économiques
Fiche 3 : Usage du tabac
Fiche 4 : Consommation d'alcool
Fiche 5 : Consommation de drogues et autres substances psychoactives
Fiche 6 : Alimentation : perceptions, pratiques et insécurité alimentaire
Fiche 7 : Activité physique
Fiche 8 : Poids corporel
Fiche 9 : Comportements sexuels et utilisation du condom
Fiche 10 : Orientation sexuelle et santé
Fiche 11 : Divers comportements de santé propres aux femmes
Fiche 12 : Perception de l'état de santé
Fiche 13 : Problèmes de santé
Fiche 14 : Problèmes auditifs et problèmes visuels
Fiche 15 : Accidents avec blessures
Fiche 16 : Santé mentale
Fiche 17 : Idées suicidaires et parasuicides
Fiche 18 : Incapacité et restriction d'activités
Fiche 19 : Recours aux services des professionnels de la santé et des services sociaux
Fiche 20 : Recours aux hospitalisations, à la chirurgie d'un jour et aux services posthospitaliers
Fiche 21 : Recours au service Info-Santé CLSC
Fiche 22 : Consommation de médicaments
Fiche 23 : Vaccination contre la grippe
Fiche 24 : Famille et santé
Fiche 25 : Environnement de soutien
Fiche 26 : Travail et santé
Fiche 27 : Environnement psychosocial au travail
Fiche 28 : Couverture des frais de santé par un régime d'assurance privé
Fiche 29 : Spiritualité, religion et santé

Méthodes

Instrument de collecte de données

La préparation des instruments de collecte de données pour l'Enquête sociale et de santé 1998 a bénéficié de l'apport de nombreux experts du milieu de la santé et des services sociaux. Les deux outils principaux, soit le questionnaire rempli par l'intervieweur (QRI) et le questionnaire auto administré (QAA), ont été adaptés de ceux des enquêtes précédentes de 1987 et de 1992-1993, et bonifiés en fonction de nouveaux objectifs de connaissance et de nouveaux thèmes.

Comme ceux des enquêtes antérieures de Santé Québec, le QRI utilisé en 1998 comprend une section d'identification, qui permet d'établir la liste des membres du ménage, leurs caractéristiques d'âge et de sexe, ainsi que leur lien de parenté. Dans le QRI, des renseignements portant sur chacun des membres sont recueillis auprès d'un informateur clé, qui doit être âgé d'au moins 18 ans et être en mesure de répondre à des questions sur la santé de chacun des membres du ménage.

Le QRI de 1998 reprend les questions des précédentes enquêtes portant sur les caractéristiques démographiques, socioculturelles et socioéconomiques, les incapacités et limitations d'activités, le recours aux services de santé et aux services sociaux, la consommation de médicaments et les accidents avec blessures. S'ajoutent à cette liste une série de questions portant sur les problèmes de santé, ainsi que des questions sur les problèmes de vision et d'audition, thèmes qui n'avaient pas été abordés depuis 1987. Par ailleurs, les sujets suivants sont examinés pour la première fois en 1998 : les chirurgies d'un jour et les hospitalisations, certains symptômes respiratoires, la couverture des frais de santé par une assurance privée, la sécurité alimentaire et la qualité de l'air ambiant au domicile.

Le QAA aborde des thèmes plus personnels et il est destiné aux personnes du ménage âgées de 15 ans et plus. Le QAA comporte des questions reliées à l'auto-perception de l'état de santé, aux habitudes de vie (tabac, alcool, drogues, alimentation, activité physique, poids corporel), à certains comportements de santé propres aux femmes, à l'autonomie décisionnelle au travail, à la santé mentale et au suicide, à la famille et au soutien social. De nouvelles sections portant sur le recours aux services d'Info-Santé, sur la sexualité (incluant une question sur l'orientation sexuelle) et sur les acouphènes (un trouble auditif) font également partie du questionnaire de 1998. Par ailleurs, la section portant sur le travail a été enrichie et une série de questions sur les valeurs spirituelles a été ajoutée.

Fiche 1

Plan de sondage

La population visée par l'Enquête sociale et de santé 1998 est celle des « ménages privés », qui comprend environ 97,3% de la population québécoise. Un ménage privé est constitué de toutes les personnes qui considèrent le domicile qu'ils occupent comme leur lieu de résidence habituel ou qui n'ont pas déclaré d'autre lieu de résidence habituel. Sauf exceptions[1], tous les membres des ménages privés font partie de la population à l'étude. Par contre, les personnes vivant dans des ménages collectifs tels que les centres d'accueil et les hôpitaux, qui représentent environ 1,7% de l'ensemble de la population, de même que les personnes habitant les réserves indiennes, ne font pas partie de la population visée par l'enquête.

À des fins d'échantillonnage, l'ensemble du territoire a été découpé en petites aires géographiques appelées « unités primaires d'échantillonnage » (UPE). Celles-ci correspondent généralement aux secteurs de dénombrement du recensement canadien de 1991. Les UPE peuvent correspondre tantôt à une municipalité, tantôt à un pâté de maisons ou même parfois à un immeuble d'appartements. L'ensemble de ces unités forme le premier niveau de la base de sondage.

Avant la sélection de l'échantillon, les UPE ont été regroupées en strates. Chaque strate est formée du croisement d'une région sociosanitaire et d'une « aire homogène ». Il y a présentement 16 régions sociosanitaires et 12 aires homogènes au Québec. Ces dernières sont obtenues en découpant d'abord le Québec en quatre zones distinctes, soit la région métropolitaine de Montréal (M), les capitales régionales (C), les agglomérations et villes (A) et le monde rural (R). Chaque zone est ensuite subdivisée en trois « aires homogènes » en fonction de caractéristiques socioéconomiques reconnues comme étant associées à l'état de santé: une aire vulnérable (1 = « pauvre »), une aire intermédiaire (2) et une aire peu vulnérable (3 = « riche »).

À l'intérieur de chaque strate, l'échantillon est sélectionné en deux étapes. Premièrement, un échantillon aléatoire d'UPE est choisi avec probabilités proportionnelles au nombre de ménages privés recensés en 1991. Ensuite, on procède à l'énumération des logements privés pour établir une liste exhaustive des logements appartenant à chaque UPE sélectionnée. Les listes ainsi constituées forment le second niveau de la base de sondage. On tire alors de façon systématique des logements à partir d'un point de départ aléatoire. En Outaouais, on se retrouve en bout de ligne avec un échantillon de 980 logements.

[1] Notamment les représentants de gouvernements étrangers et leur famille, de même que les visiteurs étrangers.

Le tableau 1 montre la distribution des logements privés échantillonnés en Outaouais pour l'enquête 1998, par aires homogènes, comparativement à la même distribution dans l'ensemble du Québec.

Tableau 1 - Nombre de logements échantillonnés par aire homogène, Outaouais et Québec, 1998.

	M1	M2	M3	C1	C2	C3	A1	A2	A3	R1	R2	R3	TOTAL
Outaouais													
Québec													

Afin de tenir compte le mieux possible d'éventuelles variations saisonnières des caractéristiques sociosanitaires de la population, l'échantillon total a été réparti en quatre périodes de collecte de données distinctes, s'étalant sur l'ensemble de l'année 1998. Il s'agit de périodes de trois mois chacune, soit de janvier à mars, d'avril à juin, de juillet à septembre et d'octobre à décembre. Pour chaque période, la taille de l'échantillon par strate est similaire.

Collecte des données

Un prétest a été effectué afin de vérifier le déroulement des diverses procédures et de déterminer les ajustements devant être apportés aux instruments de l'enquête. À la suite d'un appel d'offres, la gestion de la collecte des données a été confiée au Groupe Léger & Léger inc. Toutefois, l'Institut de la Statistique du Québec (ISQ) a été associé étroitement à chacune des étapes de réalisation de la collecte et a assuré un contrôle régulier des activités. La firme de sondage a mis en place une équipe de gestion, secondée par des coordonnatrices régionales qui devaient assurer la bonne marche de l'enquête dans leur région respective. Ces coordonnatrices ont participé au recrutement et à la sélection des intervieweurs de leur région, soit de 100 à 110 intervieweurs pour l'ensemble du Québec.

Comparativement aux deux enquêtes précédentes, l'informatisation du QRI dans l'enquête de 1998 a grandement simplifié la tâche des coordonnatrices, leur permettant notamment de se concentrer sur la gestion de leur équipe d'intervieweurs. Les données informatisées recueillies lors des entrevues avec les répondants des ménages étaient acheminées quotidiennement au serveur de la firme de sondage à Montréal, sans passer par leur intermédiaire. Le transfert des données s'effectuait durant la nuit, par modem (ligne téléphonique), à partir du domicile de chacun des intervieweurs. Quant aux QAA, remis par les répondants sous enveloppe scellée, ils étaient acheminés par messagerie à la firme de sondage, comme ce fut le cas lors des enquêtes de 1987 et de 1992-1993.

Taille de l'échantillon régional et taux de réponse

Au total, 990 logements ont été sélectionnés dans la région de l'Outaouais, soit 980 échantillonnés a priori, auxquels se sont ajoutés 10 logements découverts au moment de la collecte, lorsqu'il y avait plus d'un logement à l'adresse sélectionnée. Parmi ces 990 logements, 128 n'étaient pas admissibles à l'enquête, principalement parce qu'il s'agissait de logements vacants (62), de logements saisonniers (32) ou de logements occupés par des personnes inéligibles (14), par exemple des représentants de gouvernements étrangers et leur famille.

Dans les 862 ménages admissibles à l'enquête, 742 personnes ont répondu au questionnaire informatisé rempli par l'intervieweur (QRI). Ces ménages abritaient un total de 1525 personnes de tous âges. Près de 1300 d'entre elles étaient âgées de 15 ans et plus et étaient donc admissibles au questionnaire auto administré (QAA). En fin de compte, 1154 personnes ont répondu au QAA. Pour le QRI, le taux de réponse global établi sur la base des ménages admissibles s'élève à environ 86 %. Par ailleurs, les membres des ménages répertoriés dans le QRI et admissibles au QAA ont également répondu dans une proportion de 86 % sur la base des données pondérées. Il faut noter cependant que le taux de réponse véritable au QAA est le résultat d'un effet de cascade. Il se définit par le produit du taux de réponse au QRI par le taux de réponse au QAA. Le taux de réponse ainsi calculé est de 73 %.

En plus de la non-réponse totale, il faut tenir compte dans les estimations de la non-réponse à chacune des questions; on parle alors de non-réponse partielle. L'ampleur de ce phénomène est mesurée par le rapport entre le nombre pondéré de répondants à une question donnée et le nombre pondéré de personnes devant y répondre. Au QRI, les taux de non-réponse partielle sont généralement faibles étant donné la présence de l'intervieweur, sauf pour la question détaillée sur le revenu du ménage qui a entraîné un taux de non-réponse partielle de près de 11 %. Ce problème a d'ailleurs justifié le recours à l'imputation des données manquantes.[2]

Par contre le QAA, rempli par le répondant lui-même, est plus susceptible de présenter des taux de non-réponse partielle élevés. C'est pourquoi une analyse spécifique de la non-réponse partielle aux questions du QAA a été effectuée au niveau provincial.[2] Celle-ci révèle que les taux de non-réponse partielle sont généralement faibles, mais qu'ils peuvent atteindre des seuils critiques pour certaines questions. Les fiches d'analyse feront état des cas où les taux de non-réponse partielle sont supérieurs à 5 % et pour lesquels on a procédé à un examen plus détaillé.

Validation

La validation de la banque de données a été faite séparément pour les deux instruments de collecte. Au cours de la saisie des informations du QRI, au moins un ménage sur dix attribué à chaque intervieweur a fait l'objet d'une entrevue de contrôle par des intervieweurs par téléphone. La saisie des questions ouvertes a nécessité le recours à des codeurs spécialisés selon le type d'information. Les cas litigieux étaient soumis aux responsables de l'ISQ et des appels téléphoniques étaient faits au besoin aux répondants des ménages. Une équipe distincte de codeurs était affectée au QAA pour lesquels une procédure prédéfinie a été suivie, quoique la construction de ces questionnaires comportait un pré codage. Les QAA faisaient ensuite l'objet d'une double saisie informatique.

Les fichiers des deux questionnaires ont ensuite été acheminés à l'ISQ, qui a procédé à son tour à des vérifications portant sur divers aspects relatifs à la gestion de l'échantillon et de la collecte (concordance entre la liste des ménages fournie par la firme et l'échantillon initial, validation des codes de non-réponse ou d'inadmissibilité pour les ménages ou les individus non répondants et compilation du nombre de questionnaires remplis au niveau de l'ensemble du Québec et des régions). Des vérifications faites à l'aide des données sur l'âge et le sexe des répondants ont permis de s'assurer que les restrictions associées aux questions ou aux sections s'adressant à un sous-groupe d'individus avaient été respectées. Des vérifications des validations dont la firme de sondage était responsable ont aussi été faites. Finalement, des validations supplémentaires ont été faites sur la cohérence des données à l'aide d'une série de croisements complexes entre les questions, et à une validation inter-instruments.

Pondération

La pondération consiste à attribuer à chaque répondant une valeur (un poids) qui correspond au nombre de personnes qu'il « représente » dans la population, pour chacun des instruments de collecte de l'enquête. Chaque répondant se voit donc attribuer des facteurs de pondération différents au QRI et au QAA.

Dans le cas de l'Enquête sociale et de santé 1998, le calcul du poids du répondant s'est fait en trois étapes. Dans un premier temps, un poids initial a été établi pour tenir compte de la non-proportionnalité de l'échantillon par rapport à la population étudiée. Ce poids initial a ensuite été ajusté pour tenir compte de la non-réponse totale au questionnaire. La troisième étape de la pondération a permis de s'assurer que la distribution des répondants selon l'âge, le sexe et la région sociosanitaire était conforme à celle de la population visée par l'enquête.

2 Voir le cahier technique de l'*Enquête sociale et de santé 1998* pour des détails à ce sujet.

Fiche 1

Analyse

Les analyses proposées dans le rapport provincial et dans les fiches synthèse préparées au niveau régional sont essentiellement descriptives. Cette orientation a été retenue afin de rendre les résultats accessibles le plus rapidement possible aux planificateurs, aux décideurs et aux chercheurs. Aux fins de ces analyses, les données ne sont pas standardisées selon le sexe et l'âge. Cependant, lors des comparaisons des résultats avec ceux des autres enquêtes de Santé Québec, des sous-groupes du même âge et du même sexe sont en général comparés, ce qui permet de tenir compte, le cas échéant, de l'effet confondant de ces variables. Par ailleurs, le recours systématique à des données pondérées rend possible l'inférence à la population visée.

Cela dit, malgré toute l'attention qui a pu être investie dans cette enquête, les estimations produites sont sujettes à des erreurs dites d'échantillonnage, c'est-à-dire dues au fait que seulement une partie de la population visée soit soumise à l'enquête. Le coefficient de variation (CV) permet de mesurer la précision relative d'une estimation. On l'obtient en divisant l'erreur-type de l'estimation par l'estimation elle-même. Parce qu'elles sont suffisamment précises, les estimations dont le CV est inférieur ou égal à 15 % sont présentées sans indication ou commentaire. Celles dont le CV se situe entre 15 % et 25 % sont marquées d'un astérisque (*) pour montrer que leur précision est passable et qu'elles doivent être interprétées avec prudence. Les estimations dont le CV est supérieur à 25 % sont marquées d'un double astérisque (**) pour signaler leur faible précision et indiquer qu'elles doivent être utilisées avec circonspection. Ces dernières données sont fournies à titre indicatif seulement. Les coefficients de variation n'ont pas été calculés pour les données des enquêtes antérieures (1987 ou 1992-1993) qui sont citées dans les fiches synthèse de l'enquête 1998. Cependant, pour des estimations correspondantes, ils devraient être du même ordre de grandeur que ceux de 1998 puisque les tailles d'échantillon et les plans de sondage des trois enquêtes sont similaires.

Le traitement des mesures catégoriques a d'abord été fait à l'aide d'un test du khi deux. Dans le cas d'un test significatif, on pouvait au besoin procéder à un test de comparaison de proportions. Dans tous les cas, des ajustements ont été apportés pour tenir compte de la complexité du plan de sondage. Une approche semblable a été utilisée pour le traitement des variables continues. Le seuil de signification statistique a été fixé à 5 % pour l'ensemble des test effectués.

Pour l'ensemble des résultats présentés dans les fiches suivantes, seules les proportions suivantes ont été systématiquement comparées et analysées deux par deux : les proportions pour le Québec et pour l'Outaouais en 1998, les proportions pour l'Outaouais en 1998 et en 1992-1993, les proportions pour l'Outaouais en 1992-93 et en 1987. Aucun test de comparaison de proportions n'a été fait à l'intérieur d'une même variable, par exemple entre les hommes et les femmes pour la variable « sexe ».

RÉGIE RÉGIONALE
DE LA SANTÉ ET DES
SERVICES SOCIAUX
DE L'OUTAOUAIS
DIRECTION DE LA SANTÉ PUBLIQUE

Présentation des résultats

En général, seuls les résultats significatifs au seuil de 5 % sont commentés dans le texte. Dans certains cas exceptionnels, des résultats non significatifs peuvent être signalés s'ils présentent un intérêt particulier en matière de santé. Ils sont alors discutés, le cas échéant, en parlant de « tendances ». Bien sûr, il arrive parfois que des estimations qui semblent très différentes ne le soient pas d'un point de vue statistique. Le commentaire dans ce cas fera état de l'absence de différence « statistiquement significative » ou insistera sur le fait que la différence observée peut être attribuable au hasard.

Portée et limites de l'enquête

Comme dans n'importe quelle enquête, il est impossible de garantir l'exactitude des réponses fournies par les répondants. Les personnes interrogées peuvent notamment être influencées par le phénomène de désirabilité sociale, éprouver des difficultés à se souvenir d'événements passés ou être incapables d'évaluer le temps écoulé depuis un événement. Les renseignements portant sur les membres du ménage, recueillis au QRI, peuvent manquer de précision car ils proviennent d'une tierce personne.

Il est également à noter que les résultats présentés dans ce rapport s'appuient essentiellement sur des analyses bivariées. La prudence est donc de mise dans l'interprétation de certains résultats pour lesquels le co 'ôle de certains facteurs exogènes aurait été souhaitable et rendu possible par le recours à la stratification ou à l'analyse multivariée. L'approche retenue a néanmoins l'avantage d'être rapide et elle constitue par ailleurs une excellente exploration préliminaire des données recueillies.

L'Enquête sociale et de santé 1998 permet de mesurer le degré d'association entre certaines variables, d'apprécier les différences entre des sous-groupes de la population et de documenter l'évolution de certains phénomènes depuis les deux enquêtes précédentes. Elle ne permet toutefois pas d'établir de lien de causalité entre les variables ni de contrôler l'effet possible de facteurs confondants.

Finalement, il faut rappeler que la présente enquête fait abstraction de la portion de la population québécoise qui vit dans des logements collectifs, notamment dans les établissements de santé. Comme ces personnes présentent généralement un état de santé moins favorable que les personnes vivant en ménage privé, l'enquête comporte un certain degré de sous-estimation de la prévalence de certains problèmes de santé dans l'ensemble de la population québécoise.

ENQUÊTE SANTÉ QUÉBEC OUTAOUAIS 1998

Les résultats régionaux de l'Enquête sociale et de santé 1998 sont publiés par la Direction de la Santé publique de la Régie régionale de la Santé et des Services sociaux de l'Outaouais. Toute reproduction est autorisée à condition de mentionner la source.

Rédaction: Philippe Garvie, Jean-Pierre Courteau, Santé Québec
Infographie: Sylvie Bélisle

Pour toute information relative au contenu de cette fiche ou pour obtenir d'autres numéros, veuillez communiquer avec : Philippe Garvie, agent de recherche
Tél. : (819) 776-7660, poste 7476 - Courriel : Philippe_garvie@ssss.gouv.qc.ca
104, rue Lois, Hull (Québec) J8Y 3R7

Dépôt légal - Bibliothèque nationale du Québec - Bibliothèque nationale du Canada - ISBN : 2-920780-77-8

Septembre 2001

ENQUÊTE SOCIALE ET DE SANTÉ

OUTAOUAIS
1 9 9 8

LES RÉSULTATS DE L'ENQUÊTE SOCIALE ET DE SANTÉ 1998 POUR LA RÉGION DE L'OUTAOUAIS SONT PUBLIÉS SOUS FORME DE FICHES, CHACUNE CORRESPONDANT À UN DES THÈMES DE L'ENQUÊTE.

NOS FICHES

Fiche 1 : Méthodes
Fiche 2 : Caractéristiques sociales et socioéconomiques
Fiche 3 : Usage du tabac
Fiche 4 : Consommation d'alcool
Fiche 5 : Consommation de drogues et autres substances psychoactives
Fiche 6 : Alimentation : perceptions, pratiques et insécurité alimentaire
Fiche 7 : Activité physique
Fiche 8 : Poids corporel
Fiche 9 : Comportements sexuels et utilisation du condom
Fiche 10 : Orientation sexuelle et santé
Fiche 11 : Divers comportements de santé propres aux femmes
Fiche 12 : Perception de l'état de santé
Fiche 13 : Problèmes auditifs
Fiche 14 : Problèmes de vue et problèmes visuels
Fiche 15 : Accidents avec blessures
Fiche 16 : Santé mentale
Fiche 17 : Idées suicidaires et parasuicides
Fiche 18 : Incapacité et limitation d'activités
Fiche 19 : Recours aux services des professionnels de la santé et des services sociaux
Fiche 20 : Recours aux hospitalisations, à la chirurgie d'un jour et aux services posthospitaliers
Fiche 21 : Recours au service Info-Santé CLSC
Fiche 22 : Consommation de médicaments
Fiche 23 : Vaccination contre la grippe
Fiche 24 : Famille et santé
Fiche 25 : Environnement de soutien
Fiche 26 : Travail et santé
Fiche 27 : Environnement psychosocial au travail
Fiche 28 : Couverture des frais de santé par un régime d'assurance privé
Fiche 29 : Spiritualité, religion et santé

Caractéristiques sociales et socioéconomiques

Introduction

L'importance des caractéristiques sociales et socioéconomiques en lien avec l'état de santé et de bien-être n'est plus à démontrer. Nous verrons dans les fiches suivantes que plusieurs résultats de l'enquête sociale et de santé 1998, notamment ceux concernant les habitudes de vie, les comportements et l'état de santé, ont été analysés en lien avec ces caractéristiques. Les variables à caractère social qui sont décrites dans la présente fiche sont l'âge, le sexe et l'état matrimonial. Les variables de nature socioéconomique comprennent la scolarité, le niveau de revenu, la catégorie professionnelle et le statut d'activité.

Aspects méthodologiques

Âge et sexe - Les informations concernant l'âge et le sexe sont tirées du questionnaire auto administré (QAA221 et QAA222) ou de la section d'identification du questionnaire rempli par l'intervieweur (QRI). L'âge est déterminé à partir de la date de naissance du répondant ou, à défaut, de l'âge déclaré à l'intervieweur. La donnée sur le sexe est, pour sa part, clairement indiquée. Les pondérations utilisées pour l'analyse des données font en sorte que les résultats obtenus pour la distribution selon le sexe et l'âge correspondent à la structure réelle de la population.

État matrimonial - Cette variable est constituée à partir de deux questions dans la section d'identification, l'une déterminant l'état matrimonial légal et l'autre indiquant si la personne vit avec un conjoint sans être mariée. Il est à noter que cette variable a été modifiée dans l'enquête de 1998 par rapport à celle de 1992-1993.

Scolarité relative - La scolarité relative est établie à partir des questions 226 et 227 du questionnaire auto administré, portant respectivement sur le plus haut niveau de scolarité complété et, pour les personnes qui ont fréquenté le secondaire, sur le fait d'avoir obtenu ou non un diplôme d'études secondaires. Le portrait de la scolarité relative tient compte de l'évolution historique et sociale de la durée moyenne de l'éducation formelle. Par exemple, pour la cohorte des 65 ans et plus, il était beaucoup plus difficile qu'aujourd'hui de compléter ses études secondaires, surtout pour les femmes. Pour les analyses portant sur le niveau de scolarité, les répondants ont donc été regroupés par catégorie d'âge et de sexe, et répartis en quintiles.

Fiche 2

Niveau de revenu - Le niveau de revenu est calculé à partir du revenu total du ménage (QRI172), du nombre de personnes composant le ménage et des seuils de faible revenu selon la taille des ménages déterminés par Statistiques Canada. Le seuil de faible revenu représente le revenu annuel minimal d'un ménage qui est requis pour ses dépenses dites de « subsistance ». Aux fins de l'exercice, tous les membres d'un ménage se voient attribuer le même niveau de revenu. Il est à noter que les parallèles avec les niveaux de revenus déterminés en 1992-1993 sont hasardeux, dans la mesure où les catégories de revenus n'ont pas été modifiées entre les recensements de 1992 et 1996 pour tenir compte de la hausse du coût de la vie.

Catégorie professionnelle - L'information concernant le genre d'emploi occupé par une personne (question 165 du QRI) est recueillie pour les personnes de 15 ans et plus ayant occupé un emploi au moment de l'enquête. La « Classification canadienne des professions » (CCDP) de 1981 est utilisée pour la codification du genre d'emploi. Ces codes ont ensuite été regroupés en « catégories professionnelles » à l'aide de la « Classification socioéconomique des occupations de recensement de 1981 » (Pineo, 1985). Ces catégories sont identiques à celles utilisés lors des enquêtes précédentes.

Statut d'activité - Cette variable sert à documenter l'activité principale de toutes les personnes âgées de 15 ans et plus pour la période des 12 mois ayant précédé l'enquête. Le statut d'activité principal (ou habituel) classe la population selon cinq catégories. La catégorie « en emploi » regroupe les personnes ayant occupé un emploi rémunéré à plein temps ou à temps partiel au cours de la période de référence, les travailleurs saisonniers, ainsi que les travailleurs en grève et en lock-out. Les catégories « aux études », « à la retraite » et « tient maison » se retrouvent telles quelles dans l'énoncé de la question 160 du QRI. La catégorie « sans emploi » englobe, outre les chômeurs et les bénéficiaires de l'aide sociale, les personnes qui ont déclaré être en vacances prolongés ou être inactives pour cause de maladie ou pour d'autres motifs non précisés.

Résultats

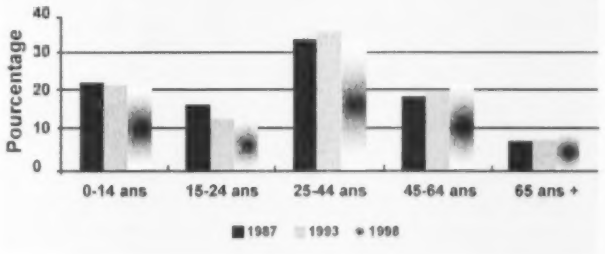
Les données brutes obtenues à partir de l'échantillon de répondants doivent être transformées afin de rendre les résultats de l'enquête généralisables à l'ensemble de la population de l'Outaouais. Cette transformation est réalisée en attribuant aux données spécifiques aux répondants de chaque groupe d'âge et de sexe un « facteur de pondération », lequel correspond au poids démographique de ce groupe dans la population générale. Les poids sont donc déterminés à partir de la structure par âge et de la répartition par sexe de la population. La structure d'âge de la population de l'Outaouais en 1987, 1992-1993 et 1998 respectivement est présentée au tableau 1. Celle de la population québécoise en 1998 est fournie également à titre de comparaison.

Tableau 1 - Structure par âge de la population et répartition par sexe, Outaouais 1987, 1992-1993 et 1998, Québec 1998.

Variables	% Outaouais 1987	% Outaouais 1992-93	% Outaouais 1998	% Québec 1998
Âge				
0-14 ans	22,1	21,3	20,9	18,8
15-24 ans	16,9[a]	13,5[a]	12,9	13,6
25-44 ans	35,4	37,1	34,7	32,4
45-64 ans	18,3	20,1	22,6	23,9
65 ans et plus	7,4	8,1	8,9	11,4
Sexe				
Hommes	49,8	49,8	49,8	49,5
Femmes	50,2	50,1	50,2	50,5

Les pourcentages indexés du même exposant sont significativement différents pour des intervalles de confiance à 95%.

Figure 1 - Population totale dans les ménages privés selon l'âge, Outaouais, 1987, 1992-1993 et 1998.



Les données présentées au tableau 1 et à la figure 1 nous permettent d'apprécier l'importance du phénomène du vieillissement de la population de l'Outaouais. La diminution de la proportion des jeunes de 0 à 24 ans et la progression constante de la proportion des 45 ans et plus illustrent bien cette tendance démographique de fond. La génération du « baby boom », soit les enfants nés entre 1947 et 1966, correspondait au groupe d'âge des 25-44 ans en 1992-1993, qui constituait alors plus de 35 % de la population totale. Les individus les plus âgés de cette génération, résultat du haut taux de fécondité des femmes au cours de la période d'après-guerre, ont désormais atteint la cinquantaine. Les autres « baby boomers » viendront massivement grossir les rangs des 45-64 ans au cours des prochaines années.

Les données présentées au tableau 1 démontrent aussi que la population de la région de l'Outaouais est plus « jeune » que la population du Québec. La proportion des 65 ans et plus n'est que de 8,9 % en Outaouais contre 11,4 % dans l'ensemble de la province, alors que celle des 0-14 ans est de 20,9 % dans la région, comparativement à 18,9 % dans l'ensemble du Québec. Le ratio hommes : femmes est similaire par ailleurs. La distribution de la population du Québec et de l'Outaouais selon l'état matrimonial est présentée au tableau 2.

Tableau 2 - Répartition de la population de 15 ans et plus, Outaouais et Québec 1998, selon l'état matrimonial.

État matrimonial	% Outaouais 1998	% Québec 1998
Marié	52,1	44,2
Union de fait	12,2	16,6
Veuf/séparé/divorcé	12,4	12,5
Célibataire	23,2	25,7

Les pourcentages indexés du même exposant sont significativement différents pour des intervalles de confiance à 95%.

Les résultats présentés au tableau 2 indiquent que l'Outaouais se démarque de façon significative de l'ensemble du Québec en ce qui concerne l'état matrimonial. La population âgée de 15 ans et plus dans la région compte une proportion plus grande de personnes mariées, soit 52,1 % contre 44,2 % dans l'ensemble du Québec. La proportion des personnes veuves, séparées ou divorcées est similaire à celle observée dans l'ensemble du Québec, alors que les personnes célibataires et vivant en union de fait sont proportionnellement moins nombreuses dans la région.

Ces résultats diffèrent cependant de ceux provenant du recensement de 1996, qui sont en principe plus fiables parce qu'ils proviennent d'une base populationnelle plutôt que d'un échantillon. Ainsi, selon le recensement de 1996, 25 % des personnes vivant en couple en Outaouais n'était pas mariées, comparativement à 19 % selon Santé Québec 1998 (27 % dans l'ensemble du Québec). Ces différences suggèrent que les résultats de l'enquête comportent un certain degré de sous-représentation des personnes vivant en union de fait en Outaouais.

La distribution de la population de l'Outaouais et du Québec selon la scolarité relative est présentée au tableau 3. À cause de la définition de cet indice, la population se répartit presque également entre les catégories de scolarité relative, ce qui explique que la répartition de l'Outaouais et du Québec soient similaires. Par ailleurs, les comparaisons avec les données des enquêtes antérieures sont impossibles puisque les seuils de scolarité correspondant aux différentes catégories varient d'une enquête à l'autre. Cet indice sert donc surtout à faire des croisements avec les autres variables de l'enquête.

Fiche 2

Tableau 3 - Répartition de la population de 15 ans et plus, Outaouais et Québec 1998, selon la scolarité.

Scolarité relative	% Outaouais 1998	% Québec 1998
Q1 plus faible	19,4	19,0
Q2 faible	20,4	20,2
Q3 moyenne	20,5	20,6
Q4 élevée	19,7	19,9
Q5 plus élevée	20,0	20,3

La distribution de la population de l'Outaouais et du Québec selon le niveau de revenu, la catégorie professionnelle et le statut d'activité est présentée au tableau 4. Les seuils des catégories correspondantes pour chacune de ces variables sont les mêmes pour la région et pour l'ensemble de la province, ce qui permet des comparaisons valides entre les populations de ces deux unités géographiques en 1998.

Tableau 4 - Répartition de la population de 15 ans et plus, Outaouais et Québec 1998, selon le niveau de revenu, la catégorie professionnelle et le statut d'activité habituelle.

Variables	% Outaouais 1998	% Québec 1998
Niveau de revenu		
Très pauvre	5,4*	7,4
Pauvre	10,3	13,6
Moyen inférieur	27,0	32,7
Moyen supérieur	41,5	35,3
Supérieur	16,3	11,3
Catégorie professionnelle		
Prof./cadres supérieur	14,6	13,6
Cadres interm./semi-prof.	25,4	18,5
Bureau/commerce/services	37,6	37,6
Contremaîtres/ouvriers qualifiés	15,9	22,3
Ouvrier non qualifié/manoeuvres	12,5	11,6
Statut d'activité habituelle		
En emploi	54,6	53,2
Aux études	12,5	11,1
Tenir maison	15,4	14,1
À la retraite	12,3	14,0
Sans emploi	7,6	[illegible]

Les pourcentages indexés du même exposant sont significativement différents pour des intervalles de confiance à 95%.

* Estimation imprécise ; à interpréter avec prudence.

Caractéristiques sociales et socioéconomiques

En général, le portrait socioéconomique de la population de l'Outaouais en 1998 semble plus favorable que celui de l'ensemble de la population du Québec, comme c'était d'ailleurs le cas en 1992-1993. La répartition des deux populations par niveau de revenu est éloquente à cet égard, même si les différences ne sont pas statistiquement significatives. Seule la proportion de la population de l'Outaouais qui appartient à la catégorie de revenu « moyen inférieur » (27,0 %) est significativement plus faible que celle observée dans l'ensemble de la province (32,7 %).

La distribution de l'emploi entre les catégories professionnelles en Outaouais et dans l'ensemble du Québec va dans le même sens. Les principales différences concernent les catégories « cadre intermédiaire... » et « contremaître... », et elles indiquent qu'une proportion plus forte des résidants de l'Outaouais occupent des catégories d'emploi considérées comme étant plus favorables sur le plan socioéconomique.

La répartition de la population de l'Outaouais âgée de 15 ans et plus selon le statut d'activité est similaire à celle observée dans l'ensemble du Québec. Les données québécoises, qui semblent s'appliquer également à la région, indiquent notamment qu'il y a eu une augmentation significative entre 1987 et 1998 de la proportion des personnes qui tiennent maison.

Conclusion

Ce bref survol de la situation démographique et socioéconomique de l'Outaouais à partir des données de l'enquête sociale et de santé 1998 dresse le portrait d'une population légèrement plus « jeune » et généralement plus favorisée que celle de l'ensemble du Québec. Les travaux de surveillance des déterminants de la santé de la population effectués au cours des vingt dernières années nous apprennent cependant que ces caractéristiques globales dissimulent des écarts intrarégionaux importants, tant entre les régions rurales et urbaines qu'entre les quartiers et les villes de l'Outaouais urbain.

RÉGIE RÉGIONALE
DE LA SANTÉ ET DES
SERVICES SOCIAUX
DE L'OUTAOUAIS
DIRECTION DE LA SANTÉ PUBLIQUE

ENQUÊTE SANTÉ QUÉBEC

OUTAOUAIS

1 9 9 8

Les résultats régionaux de l'Enquête sociale et de santé 1998 sont publiés par la Direction de la Santé publique de la Régie régionale de la Santé et des Services sociaux de l'Outaouais.

Toute reproduction est autorisée à condition de mentionner la source.

ONT COLLABORÉ À CETTE PUBLICATION

Rédaction
Philippe Garvie
Jean-Pierre Courteau
Lise Émond
Santé Québec

Infographie
Sylvie Bélisle

Pour toute information relative au contenu de cette fiche ou pour obtenir d'autres numéros, veuillez communiquer avec :

Philippe Garvie
agent de recherche

Tél. : (819) 776-7660, poste 7476
Courriel : philippe_garvie@ssss.gouv.qc.ca

104, rue Lois
Hull (Québec) J8Y 3R7

Dépôt légal
Bibliothèque nationale du Québec
Bibliothèque nationale du Canada
ISBN : 2-920780-76-X

Fiche 3 de 29

Septembre 2001

ENQUÊTE SOCIALE ET DE SANTÉ

OUTAOUAIS
1 9 9 8

LES RÉSULTATS DE L'ENQUÊTE SOCIALE ET DE SANTÉ 1998 POUR LA RÉGION DE L'OUTAOUAIS SONT PUBLIÉS SOUS FORME DE FICHES, CHACUNE CORRESPONDANT À UN DES THÈMES DE L'ENQUÊTE.

NOS FICHES

Fiche 1 : Méthodes
Fiche 2 : Caractéristiques sociales et socioéconomiques
Fiche 3 : Usage du tabac
Fiche 4 : Consommation d'alcool
Fiche 5 : Consommation de drogues et autres substances psychoactives
Fiche 6 : Alimentation : perceptions, pratiques et insécurité alimentaire
Fiche 7 : Activité physique
Fiche 8 : Poids corporel
Fiche 9 : Comportements sexuels et utilisation du condom
Fiche 10 : Orientation sexuelle et santé
Fiche 11 : Divers comportements de santé propres aux femmes
Fiche 12 : Perception de l'état de santé
Fiche 13 : Problèmes auditifs
Fiche 14 : Problèmes auditifs et problèmes visuels
Fiche 15 : Accidents avec blessures
Fiche 16 : Santé mentale
Fiche 17 : Idées suicidaires et parasuicides
Fiche 18 : Incapacité et limitation d'activités
Fiche 19 : Recours aux services des professionnels de la santé et des services sociaux
Fiche 20 : Recours aux hospitalisations, à la chirurgie d'un jour et aux services posthospitaliers
Fiche 21 : Recours au service Info-Santé CLSC
Fiche 22 : Consommation de médicaments
Fiche 23 : Vaccination contre la grippe
Fiche 24 : Famille et santé
Fiche 25 : Environnement de soutien
Fiche 26 : Travail et santé
Fiche 27 : Environnement psychosocial au travail
Fiche 28 : Couverture des frais de santé par un régime d'assurance privé
Fiche 29 : Spiritualité, religion et santé

Usage du tabac

Introduction

Les décès prématurés, les maladies et les incapacités associés à la consommation de tabac constituent actuellement le pire problème de santé publique au Canada. La lutte au tabagisme fait partie intégrante de trois des objectifs de la Politique de la santé et du bien-être du Québec et constitue l'une des priorités nationales d'action en santé publique établies pour l'exercice de planification 1997-2002. L'un des objectifs visés est de réduire la proportion de fumeurs réguliers ou occasionnels dans la population québécoise âgée de 15 ans et plus, de 35 % qu'elle était en 1994 à 28 % en l'an 2002. L'Enquête sociale et de santé 1998 contribue à mesurer l'atteinte de cet objectif. Les résultats régionaux de l'enquête nous renseignent sur les différences observées entre l'Outaouais avec l'ensemble du Québec.

Aspects méthodologiques

Les questions 20 à 32 du questionnaire autoadministré portent sur la consommation de tabac. Afin d'assurer la comparabilité des résultats, les questions posées sont les mêmes que celles des enquêtes de 1987 et de 1992-1993. Dans un premier temps, les questions permettent de mesurer la prévalence de l'usage de la cigarette en établissant quatre catégories de fumeurs : les fumeurs réguliers (qui fument tous les jours), les fumeurs occasionnels (qui fument moins que tous les jours), les anciens fumeurs (qui ont fumé dans le passé mais qui ont cessé) et les personnes qui n'ont jamais fumé.

Dans un deuxième temps, le questionnaire sert à établir un profil des fumeurs réguliers. La question portant sur le nombre de cigarettes fumées quotidiennement permet d'évaluer le niveau de consommation des fumeurs : de 1 à 10 cigarettes par jour, de 11 à 25 cigarettes par jour ou 26 cigarettes par jour et plus. La question sur l'âge auquel les fumeurs réguliers ont commencé à fumer est utile pour mesurer l'évolution dans le temps de l'âge d'initiation au tabagisme.

Fiche 3

Résultats

Les résultats de l'enquête présentent un portrait peu reluisant de la situation du tabagisme en Outaouais. Comme nous le montrent le tableau et la figure 1, 38 % des résidants de l'Outaouais âgés de 15 ans et plus étaient des fumeurs réguliers ou occasionnels en 1998. La situation n'a pas changé depuis 1992-1993, alors que la proportion de fumeurs avait baissé de façon importante entre les enquêtes de 1987 et de 1992-1993.

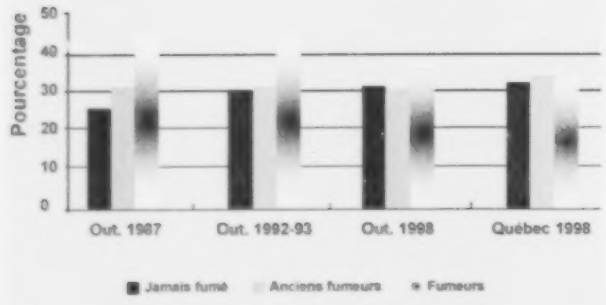
Tableau 1 - Types de fumeurs, population de 15 ans et plus, Outaouais 1987, 1992-1993 et 1998, Québec 1998.

Types de fumeurs	% Outaouais 1987	% Outaouais 1992-93	% Outaouais 1998	% Québec 1998

Les pourcentages indexés du même exposant sont significativement différents pour des intervalles de confiance à 95%.

Estimation imprécise : à interpréter avec prudence.

Figure 1 - Types de fumeurs, Outaouais 1987, 1992-1993 et 1998, Québec 1998.



La prévalence observée dans la région en 1998 est encore supérieure à celle du Québec et l'écart avec le reste de la province se maintient à environ cinq points de pourcentage depuis 1987. La région compte également une proportion moindre d'anciens fumeurs.

Les données sociodémographiques concernant les fumeurs réguliers en Outaouais et dans l'ensemble du Québec sont présentées au tableau 2.

Tableau 2 - Pourcentage de fumeurs réguliers selon l'âge, le sexe, le revenu et la scolarité, Outaouais 1992-1993 et 1998, Québec 1998.

Variables	% Outaouais 1992-93	% Outaouais 1998	% Québec 1998
Âge			
Sexe			
Revenu			
Scolarité			

Les pourcentages indexés du même exposant sont significativement différents pour des intervalles de confiance à 95%.

Estimation imprécise : à interpréter avec prudence.

Les hommes et les femmes fument dans des proportions comparables. En 1998, tout comme en 1992-1993, on retrouve une plus grande proportion de fumeurs réguliers chez les personnes de 25 à 44 ans (40 %), chez les personnes ayant un faible niveau de scolarité (48 %) et chez celles qui sont pauvres et très pauvres (48 %). Les fumeurs ayant un revenu « moyen inférieur » en Outaouais fument dans une plus grande proportion (42 %) que les fumeurs de revenu similaire dans l'ensemble du Québec (31 %). Le pourcentage de fumeurs réguliers chez les 15 à 24 ans est passé de 28 % à 36 % au cours des cinq dernières années, bien que cette différence ne soit pas statistiquement significative. Le pourcentage correspondant dans l'ensemble de la population québécoise de 15 à 24 ans est de 28 %.

La consommation quotidienne moyenne des fumeurs réguliers de l'Outaouais et de l'ensemble du Québec est présentée au tableau 3. S'il fallait trouver une note positive dans ces résultats, ce serait la baisse constante de la proportion de « gros fumeurs » dans la région, soit ceux qui fument plus qu'un paquet par jour. La proportion des autres catégories de fumeurs est demeurée inchangée comparativement à 1992-1993, et le profil général de consommation est similaire à celui observé dans l'ensemble du Québec.

Tableau 3 - Nombre de cigarettes fumées quotidiennement chez les fumeurs réguliers, Outaouais 1987, 1992-1993 et 1998, Québec 1998.

Nombre de cigarettes	% Outaouais 1987	% Outaouais 1992-93	% Outaouais 1998	% Québec 1998

Les pourcentages indexés du même exposant sont significativement différents pour des intervalles de confiance à 95%.

Les résultats présentés au tableau 4 révèlent que les fumeurs commencent à s'initier à la cigarette de plus en plus tôt. La proportion des personnes qui ont commencé à fumer entre l'âge de 13 et 15 ans a augmenté de 10 points de pourcentage depuis 1992-1993. Évidemment, les personnes qui ont commencé plus tard sont proportionnellement moins nombreuses, puisque la proportion totale de fumeurs dans la population n'a pas changé. Dans l'ensemble, près de 90 % des fumeurs actuels sont devenus dépendants de la cigarette avant d'avoir atteint l'âge de 20 ans.

Tableau 4 - L'âge de l'initiation à la cigarette, population de 15 ans et plus, Outaouais 1992-1993 et 1998, Québec 1998.

Âge d'initiation à la cigarette	% Outaouais 1992-93	% Outaouais 1998	% Québec 1998

Les pourcentages indexés du même exposant sont significativement différents pour des intervalles de confiance à 95%.

Conclusion

Les résultats de l'Enquête sociale et de santé 1998 indiquent que la baisse de la proportion de fumeurs observée dans la région entre 1987 et 1992-1993 ne s'est pas poursuivie jusqu'en 1998. La diminution des taxes sur les cigarettes décrétée en 1994 n'est certainement pas étrangère au phénomène. Comme en 1992-1993, l'Outaouais compte 35 % de fumeurs réguliers au sein de sa population, soit un écart persistant d'environ 5 points avec l'ensemble du Québec. Le tabagisme devient de plus en plus une habitude de vie touchant de façon disproportionnée les personnes pauvres et peu scolarisées, tant en Outaouais que dans l'ensemble du Québec.

Bien que ce soit encore chez les 25-44 ans que l'on retrouve la plus forte proportion de fumeurs réguliers, on observe une forte tendance à la hausse chez les 15-24 ans. Ces résultats sont en accord avec ceux provenant d'autres enquêtes réalisées auprès de jeunes de 12 à 18 ans. L'âge d'initiation à la cigarette ne cesse de baisser et la moitié des fumeurs actuels ont commencé à fumer avant d'avoir atteint l'âge de 16 ans. Il existe d'ailleurs un consensus actuellement à l'effet que les interventions de prévention du tabagisme destinées aux jeunes doivent être amorcées dès la 6e année.

Les tendances révélées dans la présente enquête démontrent que la lutte au tabagisme est loin d'être gagnée. Les stratégies d'intervention ne peuvent plus se limiter aux modifications des comportements individuels. Les actions de politique publique qui induisent des transformations dans l'environnement physique, légal, social et culturel sont celles qui comportent le plus grand potentiel de succès. Elles ne pourront cependant être mises en place qu'avec l'appui de la population. L'alternative à la prévention du tabagisme est de continuer à investir toujours plus dans des solutions technologiques coûteuses et peu efficaces pour soigner les maladies dûes à la cigarette. Il faut prévenir la dépendance chez les jeunes, créer des environnements sans fumée pour toute la population et aider de multiples façons tous ceux qui, peu importe leur âge, veulent se défaire de cette habitude.

SERVICES DISPONIBLES POUR ARRÊTER DE FUMER

HULL / GRANDE-RIVIÈRE

CLSC de Hull
(819) 770-6900

CLSC-CHSLD Grande-Rivière
(819) 684-2251

GATINEAU

CLSC-CHSLD de Gatineau
(819) 561-2550

VALLÉE-DE-LA-LIÈVRE/PETITE-NATION

CLSC Vallée-de-la-Lièvre
(819) 986-3359

CLSC-CHSLD de la Petite-Nation
(819) 983-7341

PONTIAC

CLSC-CH-CHSLD de Pontiac
Programme de groupe 1-800-567-9625 ou (819) 683-3000
Aide individuelle (819) 458-2397

DES COLLINES

CLSC-CHSLD et
Centre hospitalier Gatineau Memorial
(819) 456-2819

DES FORESTIERS

CLSC-CH-CHSLD des Forestiers
Maniwaki (819) 449-2513
Gracefield (819) 463-2604
Low (819) 422-3548

RÉGIE RÉGIONALE
DE LA SANTÉ ET DES
SERVICES SOCIAUX
DE L'OUTAOUAIS
DIRECTION DE LA SANTÉ PUBLIQUE

ENQUÊTE SANTÉ QUÉBEC

OUTAOUAIS
1 9 9 8

Les résultats régionaux de l'Enquête sociale et de santé 1998 sont publiés par la Direction de la Santé publique de la Régie régionale de la Santé et des Services sociaux de l'Outaouais.

Toute reproduction est autorisée à condition de mentionner la source.

ONT COLLABORÉ À CETTE PUBLICATION

Rédaction
Philippe Garvie
Jean-Pierre Courteau
Josée Charlebois
Danielle Léveillé
Santé Québec

Infographie
Sylvie Bélisle

Pour toute information relative au contenu de cette fiche ou pour obtenir d'autres numéros, veuillez communiquer avec :

Philippe Garvie
agent de recherche

Tél. : (819) 776-7660, poste 7476
Courriel : philippe_garvie@ssss.gouv.qc.ca

104, rue Lois
Hull (Québec) J8Y 3R7

Dépôt légal
Bibliothèque nationale du Québec
Bibliothèque nationale du Canada
ISBN : 2-920780-82-4

Septembre 2001

ENQUÊTE SOCIALE ET DE SANTÉ

OUTAOUAIS
1 9 9 8

LES RÉSULTATS DE L'ENQUÊTE SOCIALE ET DE SANTÉ 1998 POUR LA RÉGION DE L'OUTAOUAIS SONT PUBLIÉS SOUS FORME DE FICHES, CHACUNE CORRESPONDANT À UN DES THÈMES DE L'ENQUÊTE.

NOS FICHES

Fiche 1 : Méthodes
Fiche 2 : Caractéristiques sociales et socioéconomiques
Fiche 3 : Usage du tabac
Fiche 4 : Consommation d'alcool
Fiche 5 : Consommation de drogues et autres substances psychoactives
Fiche 6 : Alimentation : perceptions, pratiques et insécurité alimentaire
Fiche 7 : Activité physique
Fiche 8 : Poids corporel
Fiche 9 : Comportements sexuels et utilisation du condom
Fiche 10 : Orientation sexuelle et santé
Fiche 11 : Divers problèmes de santé propres aux femmes
Fiche 12 : Perception de la santé
Fiche 13 : Problèmes de santé
Fiche 14 : Problèmes de santé et problèmes visuels
Fiche 15 : Accidents fonctionnels
Fiche 16 : Santé mentale
Fiche 17 : Idées suicidaires et parasuicides
Fiche 18 : Incapacité et limitation d'activités
Fiche 19 : Recours aux services des professionnels de la santé et des services sociaux
Fiche 20 : Recours aux hospitalisations, à la chirurgie d'un jour et aux services posthospitaliers
Fiche 21 : Recours au service Info-Santé CLSC
Fiche 22 : Consommation de médicaments
Fiche 23 : Vaccination contre la grippe
Fiche 24 : Famille et santé
Fiche 25 : Environnement de soutien
Fiche 26 : Travail et santé
Fiche 27 : Environnement psychosocial au travail
Fiche 28 : Couverture des frais de santé par un régime d'assurance privé
Fiche 29 : Spiritualité, religion et santé

Consommation d'alcool

Introduction

La consommation d'alcool dans une population est habituellement décrite en termes de type et de fréquence de consommation, de même qu'en fonction de la quantité d'alcool absorbée durant une période de temps donnée. La consommation excessive d'alcool, qu'elle soit de nature occasionnelle ou chronique, augmente la probabilité de développer des problèmes particuliers de santé pouvant toucher plusieurs systèmes vitaux. Elle est aussi associée à un ensemble de problèmes d'ordre social ou comportemental, comme la négligence ou la violence familiale, et à un risque accru d'accidents et de traumatismes, plus particulièrement d'accidents routiers.

En comparant les données de la présente enquête à celles des enquêtes précédentes, il est possible d'analyser l'évolution de la consommation en regard de l'objectif particulier de la Politique de la santé et du bien-être du Québec qui vise à réduire de 15 %, pour l'ensemble de la population, la consommation d'alcool d'ici l'an 2002 et en regard des priorités de santé publique qui incluent un volet spécifique portant sur l'alcoolisme et la toxicomanie.

Aspects méthodologiques

Les questions portant sur la consommation d'alcool dans la présente enquête demeurent essentiellement identiques à celles de l'enquête de 1992-1993. La consommation d'alcool est décrite selon les trois indicateurs habituellement utilisés dans les enquêtes de population: le type de buveur, la quantité hebdomadaire d'alcool consommée et la fréquence de consommation élevée.

Comme dans les enquêtes précédentes, trois types de consommateurs sont examinés (QAA33 et QAA34) : les abstinents, c'est-à-dire les personnes qui n'ont jamais consommé d'alcool de leur vie; les anciens buveurs, soit ceux qui n'en ont pas consommé au cours des 12 mois ayant précédé la collecte des données; et les buveurs actuels, qui ont consommé de l'alcool de façon occasionnelle ou régulière au cours des 12 mois ayant précédé l'enquête.

La quantité hebdomadaire d'alcool consommé est étudiée pour les buveurs actuels seulement, selon le nombre déclaré de consommations dans les sept jours précédant l'enquête (QAA43). Au sens du questionnaire, une consommation se définit

comme une bouteille de bière de douze onces, un verre de vin de quatre ou cinq onces ou un verre de liqueur forte ou de spiritueux d'une once à une once et demie; on indique au répondant que la bière titrée à 0,5 % d'alcool est à exclure du calcul des consommations.

La fréquence de consommation élevée est mesurée chez les buveurs actuels à partir de deux indicateurs, soit le nombre de fois durant l'année précédente où la consommation d'alcool en une occasion a été égale ou supérieure à cinq consommations (QAA37), et le nombre de fois, au cours de la même période, où une personne estime s'être enivrée (QAA40). Les onze questions portant sur la consommation d'alcool apparaissent à la section VI du questionnaire autoadministré (QAA).

Les questions servant à établir la quantité hebdomadaire d'alcool consommé semblent particulièrement fiables pour les populations en général, particulièrement pour les personnes qui consomment peu. Par contre, la fiabilité serait moindre pour les personnes dont la consommation est très élevée. Dans l'ensemble, les déclarations peuvent sous-estimer la consommation réelle.

Résultats

La situation quant au profil des consommateurs d'alcool en Outaouais, n'a pas changé de façon significative entre 1992-93 et 1998. On remarque au tableau 1 une légère augmentation de la proportion des buveurs actuels, tant chez les hommes que chez les femmes. La proportion d'anciens buveurs et d'abstinents a diminué. Les femmes sont deux fois plus nombreuses que les hommes à déclarer ne jamais avoir consommé d'alcool. Les proportions de buveurs actuels, d'anciens buveurs et d'abstinents en Outaouais et dans l'ensemble du Québec sont comparables.

Tableau 1 - Proportion des types de buveurs selon le sexe, population de 15 ans et plus, Outaouais 1992-1993 et 1998, Québec 1998.

	% Outaouais 1992-93		% Outaouais 1998		% Québec 1998	
Types de buveurs	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes
[illegible]						

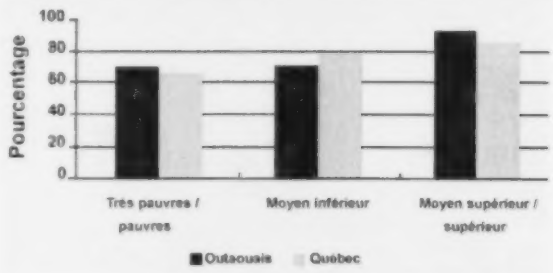
Les proportions respectives de buveurs actuels par catégorie de revenu en Outaouais et dans l'ensemble du Québec sont présentées au tableau 2. Contrairement à ce que l'on croit généralement, on observe une nette gradation de la proportion de buveurs selon le revenu. Par ailleurs, l'Outaouais compte proportionnellement plus de buveurs dans la catégorie de revenu la plus élevée et moins dans la catégorie de revenu « moyen inférieur ».

Tableau 2 - Proportion de buveurs actuels selon la classe du revenu, population de 15 ans et plus, Outaouais et Québec, 1998.

Buveurs actuels	% Outaouais 1998	% Québec 1998
[illegible]		

Les pourcentages indexés du même exposant sont significativement différents pour des intervalles de confiance à 95%.

Figure 1 - Proportion de buveurs actuels selon la classe du revenu, Outaouais et Québec, 1998.



Le profil de consommation des hommes diffère de celui des femmes, comme nous l'indique le tableau 3. Une plus grande proportion de femmes n'ont pas consommé d'alcool dans les sept jours avant l'enquête. Les hommes, pour leur part, sont moins nombreux à s'abstenir et sont davantage représentés dans les catégories de consommation élevée et excessive (14 consommations et plus par semaine). Le profil de consommation en Outaouais n'a pas beaucoup changé depuis l'enquête de 1992-1993 et la distribution de la population par quantités hebdomadaires consommées dans la région et dans l'ensemble du Québec est similaire.

Tableau 3 - Proportion, selon le sexe, des buveurs actuels en fonction de la quantité d'alcool consommée pendant la semaine précédant l'enquête, Outaouais 1992-1993 et 1998, Québec 1998.

	% Outaouais 1992-93		% Outaouais 1998		% Québec 1998	
# cons. dans les 7 jours	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes

Estimation imprécise: à interpréter avec prudence.
** Estimation très imprécise: fournie à titre indicatif seulement.

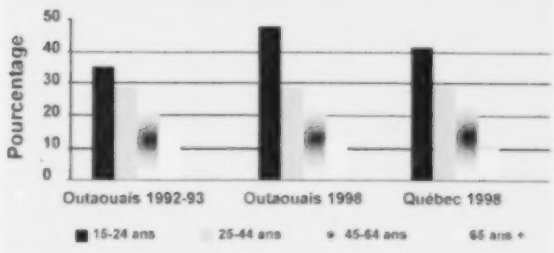
Le tableau 4 nous fournit des informations sur le phénomène de la surconsommation d'alcool en une occasion donnée. Les pourcentages rapportés correspondent à la proportion des personnes qui ont pris 5 consommations ou plus en une occasion, cinq fois ou plus durant les 12 mois précédant l'enquête. En général, la proportion de surconsommateurs en une occasion donnée décroît avec l'âge. Les jeunes de 15 à 24 ans sont, de loin, ceux qui sont le plus tendance à manifester ce type de comportement qui semble plus fréquent en 1998 qu'en 1992-1993. De plus, les jeunes de l'Outaouais semblent particulièrement enclins à surconsommer, comparativement aux jeunes de l'ensemble du Québec.

Tableau 4 - Proportion des buveurs actuels ayant absorbé 5 consommations et plus en une occasion, 5 fois ou plus durant l'année précédant l'enquête, selon le groupe d'âge, Outaouais 1992-1993 et 1998, Québec 1998.

+ de 5 cons., 5 fois et plus durant l'année	% Outaouais 1992-93	% Outaouais 1998	% Québec 1998

** Estimation très imprécise: fournie à titre indicatif seulement.

Figure 2 - Proportion de buveurs ayant absorbé 5 consommations et plus en une occasion, 5 fois ou plus durant l'année, Outaouais 1992-93 et 1998, Québec 1998.

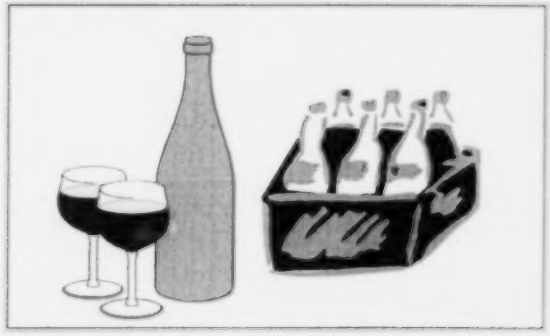


Les résultats présentés au tableau 5 démontrent que les hommes ont tendance à s'enivrer plus souvent que les femmes. Ainsi, 13 % des hommes de l'Outaouais disent s'être enivrés 5 fois ou plus durant la dernière année, comparativement à 4 % des femmes. À cet égard, le profil de l'Outaouais ressemble à celui de la province.

Tableau 5 - Proportion des buveurs actuels en fonction du nombre d'enivrements auto-rapportés au cours des 12 mois précédant l'enquête, selon le sexe, Outaouais et Québec, 1998.

	% Outaouais 1998		% Québec 1998	
Nombre de fois enivré	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes

Estimation imprécise: à interpréter avec prudence.
** Estimation très imprécise: fournie à titre indicatif seulement.



Conclusion

Le profil général de consommation d'alcool dans la population de l'Outaouais est similaire à celui observé dans l'ensemble du Québec. Les aspects les plus inquiétants des résultats régionaux de l'enquête 1998 portant sur la consommation d'alcool chez les jeunes. Les enquêtes « Styles de vie des jeunes » réalisées dans les écoles secondaires de l'Outaouais démontraient qu'après une baisse significative de la consommation d'alcool chez les 12-18 ans entre 1985 et 1991, celle-ci avait recommencé à augmenter entre 1991 et 1996. Les résultats régionaux de l'Enquête sociale et de santé 1998 viennent confirmer les tendances défavorables qui avaient été observées dans cette cohorte. Plus de 47 % des jeunes de 15 à 24 ans en Outaouais consomment maintenant de l'alcool de façon excessive (5 consommations et plus en une occasion donnée), au moins 5 fois par année. Il s'agit d'une hausse importante depuis 1992-1993 et elle est d'autant plus inquiétante que les résultats de l'enquête 1998 confirment l'association étroite qui existe entre la consommation d'alcool, la consommation de drogues illicites et le tabagisme chez les jeunes québécois.

Les actions dans le domaine de la prévention de l'alcoolisme et des toxicomanies au Québec semblent actuellement insuffisantes pour enrayer les tendances actuelles. Plus que jamais, nous avons besoin d'orientations et de stratégies claires et concertées dans notre façon d'aborder la question de la consommation d'alcool avec les jeunes. Des politiques publiques plus cohérentes à l'égard de l'alcool sont nécessaires, parce que les jeunes sont extrêmement sensibles aux messages contradictoires, notamment lorsqu'ils proviennent des organismes publics et des gouvernements. Des interventions pour modifier la norme sociale et la perception que les jeunes ont de l'alcool, pour valoriser l'abstinence et la consommation occasionnelle comme des alternatives de vie désirables et réalistes, ainsi que pour retarder l'âge de l'initiation, s'imposent si nous voulons réellement réduire le fardeau des problèmes liés à l'alcool dans notre société.

RÉGIE RÉGIONALE
DE LA SANTÉ ET DES
SERVICES SOCIAUX
DE L'OUTAOUAIS
DIRECTION DE LA SANTÉ PUBLIQUE

ENQUÊTE SANTÉ QUÉBEC

OUTAOUAIS

1 9 9 8

Les résultats régionaux de l'Enquête sociale et de santé 1998 sont publiés par la Direction de la Santé publique de la Régie régionale de la Santé et des Services sociaux de l'Outaouais.
Toute reproduction est autorisée à condition de mentionner la source.

ONT COLLABORÉ À CETTE PUBLICATION

Rédaction
Philippe Garvie
Jean-Pierre Courteau
Jeannette Allard
Santé Québec

Infographie
Sylvie Bélisle

Pour toute information relative au contenu de cette fiche ou pour obtenir d'autres numéros, veuillez communiquer avec :

Philippe Garvie
agent de recherche

Tél. : (819) 776-7660, poste 7476
Courriel : **philippe_garvie@ssss.gouv.qc.ca**

104, rue Lois
Hull (Québec) J8Y 3R7

Dépôt légal
Bibliothèque nationale du Québec
Bibliothèque nationale du Canada
ISBN : 2-920784-0

Septembre 2001

ENQUÊTE SOCIALE ET DE SANTÉ

OUTAOUAIS
1 9 9 8

LES RÉSULTATS DE L'ENQUÊTE SOCIALE ET DE SANTÉ 1998 POUR LA RÉGION DE L'OUTAOUAIS SONT PUBLIÉS SOUS FORME DE FICHES, CHACUNE CORRESPONDANT À UN DES THÈMES DE L'ENQUÊTE.

NOS FICHES

Fiche 1 : Méthodes
Fiche 2 : Caractéristiques sociales et socioéconomiques
Fiche 3 : Usage du tabac
Fiche 4 : Consommation d'alcool
Fiche 5 : Consommation de drogues et autres substances psychoactives
Fiche 6 : Alimentation : perceptions, pratiques et insécurité alimentaire
Fiche 7 : Activité physique
Fiche 8 : Poids corporel
Fiche 9 : Comportements sexuels et utilisation du condom
Fiche 10 : Orientation sexuelle et santé
Fiche 11 : Divers comportements de santé propres aux femmes
Fiche 12 : Perception de l'état de santé
Fiche 13 : Problèmes auditifs
Fiche 14 : Problèmes buccaux et problèmes visuels
Fiche 15 : Accidents avec blessures
Fiche 16 : Santé mentale
Fiche 17 : Idées suicidaires et parasuicides
Fiche 18 : Incapacité et limitation d'activités
Fiche 19 : Recours aux services des professionnels de la santé et des services sociaux
Fiche 20 : Recours aux hospitalisations, à la chirurgie d'un jour et aux services posthospitaliers
Fiche 21 : Recours au service Info-Santé CLSC
Fiche 22 : Consommation de médicaments
Fiche 23 : Vaccination contre la grippe
Fiche 24 : Famille et santé
Fiche 25 : Environnement de soutien
Fiche 26 : Travail et santé
Fiche 27 : Environnement psychosocial au travail
Fiche 28 : Couverture des frais de santé par un régime d'assurance privé
Fiche 29 : Spiritualité, religion et santé

Consommation de drogues et autres substances psychoactives

Introduction

La consommation de drogues est associée à des problèmes sociaux et de santé qui varient selon le type, la quantité et le mode d'absorption de la substance mise en cause. Dans la présente fiche, la consommation de drogues est notamment mise en relation avec celle de l'alcool, une autre substance psychoactive dont l'usage est très répandu et qui fait souvent partie de profils de consommation multiple. Un des objectifs de la Politique de la santé et du bien-être du Québec est d'augmenter, d'ici l'an 2002, « le nombre de personnes qui ne consommeront jamais de drogues illégales ».

Aspects méthodologiques

La consommation de drogues est définie dans l'enquête par le fait d'avoir fait usage, au moins une fois au cours de sa vie, d'une substance psychoactive illégale ou d'un médicament obtenu illicitement sans ordonnance. La consommation peut être ou avoir été régulière, occasionnelle ou passagère. Dans la présente fiche, nous utiliserons d'abord un indicateur décrivant les types de consommateurs : les abstinents, qui sont les personnes ayant déclaré n'avoir jamais consommé de drogues au cours de leur vie; les anciens consommateurs, qui ont déjà consommé des drogues mais qui n'en ont pas fait usage au cours des 12 mois précédant l'enquête; et les consommateurs actuels, qui ont pris des drogues au cours de l'année ayant précédé l'enquête, peu importe la quantité ou la fréquence. Cet indicateur est construit à partir des réponses aux questions 44 à 47 du questionnaire autoadministré (QAA).

Nous utiliserons un deuxième indicateur pour mesurer l'usage conjugué de drogues et d'alcool, en intégrant les informations sur la consommation d'alcool recueillies dans une autre section du questionnaire de l'enquête. La

population est alors classée en trois catégories : les personnes qui, au cours des 12 mois ayant précédé l'enquête, n'ont consommé aucune substance psychoactive; celles qui n'ont consommé que de l'alcool; et celles qui ont fait usage soit d'alcool et de drogues, soit de drogues seulement.

Les questions portant sur la consommation de drogues s'inspirent de celles de l'Enquête nationale sur l'alcool et les autres drogues (ENAD) (Santé et Bien-être social Canada, 1990; Statistique Canada, 1988). Il est important de noter que les modifications au questionnaire empêchent une comparaison directe avec les résultats de l'enquête Santé Québec 1987 et de l'Enquête sociale et de santé 1992-1993.

Les données figurant dans la présente fiche ne permettent, en aucune façon, d'établir une prévalence des toxicomanies. Il est généralement reconnu qu'une partie des grands consommateurs refusent de participer à de telles enquêtes ou de répondre aux questions relatives à la consommation de drogues. Les données ne peuvent servir non plus à établir la prévalence de la consommation au sein de la population, puisqu'un biais de désirabilité sociale est associé à la déclaration des comportements illégaux et illicites, ce qui entraîne une sous-déclaration.

Résultats

La distribution des consommateurs et des non consommateurs de drogues en Outaouais et dans l'ensemble du Québec est présentée au tableau 1. Le profil de la population de l'Outaouais est similaire à celui du Québec à cet égard. Les hommes sont proportionnellement plus nombreux que les femmes à consommer des drogues illicites.

Tableau 1 - Types de consommateurs de drogues, selon le sexe, Outaouais et Québec, 1998.

	% Outaouais 1998		% Québec 1998	
Types de consommateurs	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes
Abstinents	63,5	68,9	65,1	72,2
Anciens consom.	15,8	15,7	14,6	13,2
Consom. actuels	20,7	15,5	20,3	14,5

La proportion de consommateurs de drogues illicites diminue avec l'âge (tableau 2). Chez les 15 à 24 ans, elle atteint 40 %, tant en Outaouais que pour l'ensemble du Québec. À l'opposé, chez les 65 ans et plus cette consommation devient relativement rare. Dans l'ensemble, la distribution des consommateurs de drogues par groupes d'âge en Outaouais ne diffère pas façon significative de celle observée à l'échelle du Québec.

Tableau 2 - Proportion de consommateurs actuels selon le groupe d'âge, Outaouais et Québec, 1998.

Consommateurs actuels	% Outaouais 1998	% Québec 1998
15 à 24 ans	40,3	39,7
25 à 44 ans	20,2	15,4
45 à 64 ans	7,4*	6,0
65 ans et plus	4,2**	5,5

* Estimation imprécise : à interpréter avec prudence.
** Estimation très imprécise : fournie à titre indicatif seulement.

Les résultats décrivant la consommation conjuguée d'alcool et de drogues dans la population âgée de 15 ans et plus sont présentés au tableau 3. On y observe qu'au cours de l'année ayant précédé l'enquête, 15 % des résidents de l'Outaouais n'ont fait usage d'aucune substance psychoactive, c'est-à-dire qu'ils n'ont pris ni alcool ni drogues. Les deux tiers des personnes ont consommé seulement de l'alcool, tandis que 18 % ont fait usage de drogues et d'alcool ou de drogues seulement. Ce profil de polyusage de substances psychoactives est sensiblement le même que dans l'ensemble du Québec.

Les jeunes semblent beaucoup plus susceptibles de faire concurremment usage d'alcool et d'autres drogues que les personnes plus âgées. Par ailleurs, les proportions d'utilisateurs de drogues rapportées au tableau 2 sont très proches de celles correspondant aux polyutilisateurs dans le tableau 3. Cela indique que presque tous les polyutilisateurs de substances psychoactives en Outaouais et dans l'ensemble du Québec consomment de l'alcool. Il semble donc y avoir un lien très étroit entre l'usage de la drogue et la consommation d'alcool. Incidemment, les analyses provinciales de l'enquête 1998 démontrent que ces comportements sont également associés au tabagisme.

Tableau 3 - Proportion des personnes âgées de 15 ans et plus qui font usage de substances psychoactives (SPA) en combinaison avec l'alcool, selon l'âge, Outaouais et Québec, 1998.

	% 15 à 24 ans	% 25 à 44 ans	% 45 à 64 ans	% 65 ans et plus	TOTAL
Outaouais 1998					
Québec 1998					

Estimation imprécise : à interpréter avec prudence.

Estimation très imprécise : fournie à titre indicatif seulement.

Conclusion

Environ un homme sur cinq et une femme sur six en Outaouais consomment actuellement des drogues ou des médicaments obtenus illégalement. Les jeunes de 15 à 24 ans sont proportionnellement beaucoup plus nombreux à consommer que les personnes d'âge mûr. La consommation de drogues chez les aînés est un phénomène rare. Bien que des modifications apportées au questionnaire en 1998 nous empêchent de faire des comparaisons directes avec les enquêtes antérieures, il semble que la consommation de drogues, comme la consommation d'alcool et l'usage du tabac, soit en nette augmentation chez les jeunes québécois. Les données régionales et nationales concernant le polyusage révèlent d'ailleurs que virtuellement tous les consommateurs de substances illicites sont également des buveurs d'alcool. Cette association est de mauvais augure pour la santé publique.

La prévention des toxicomanies et de l'usage de drogues psychoactives en général est extrêmement complexe. L'approche de « réduction des méfaits », qui consiste à éviter les complications liées à l'usage de drogues et d'alcool, permet actuellement d'intervenir auprès des consommateurs et de faciliter chez certains d'entre eux un usage moins dommageable pour leur santé et celle de leur entourage. Cette approche ne vise cependant pas, en soi, à réduire le nombre de consommateurs. Il existe un consensus actuellement à l'effet que les interventions visant à développer les compétences personnelles et sociales des enfants sont susceptibles de réduire plusieurs comportements à risque qui se manifestent à l'adolescence. Par ailleurs, des actions universelles spécifiques de prévention du tabagisme, de l'alcoolisme et des toxicomanies doivent être mises en place dès le deuxième cycle de l'école primaire et se poursuivre avec une intensité suffisante jusqu'à la fin du secondaire.

Fiche 5

Orientations de la Direction de la santé publique de la Régie régionale de la Santé et des Services sociaux de l'Outaouais en prévention des toxicomanies

Dans le cadre du plan de consolidation 1999-2002, il est apparu important pour la Direction de la santé publique de la Régie régionale de l'Outaouais de préciser ses orientations en matière de prévention de l'alcoolisme et des autres toxicomanies.

La « prévention » doit être considérée au sens de la définition opérationnelle adoptée par le conseil d'administration de la Régie régionale de l'Outaouais en 1998. L'objectif ultime de santé en matière de prévention de l'alcoolisme et des toxicomanies est essentiellement la réduction de l'usage de drogues et d'alcool chez les jeunes, en vue d'une réduction des problèmes reliés à la consommation dans la population de l'Outaouais.

Les orientations régionales privilégient les interventions de prévention primaire des toxicomanies destinées aux pré-adolescents et adolescents, notamment les jeunes vivant la période de transition de l'enfance à l'adolescence, laquelle constitue une fenêtre d'opportunité reconnue en prévention des toxicomanies. Ces interventions ciblent aussi l'entourage des jeunes, c'est-à-dire les parents, les enseignants et les adultes significatifs.

Compte tenu du développement insuffisant des mesures universelles de prévention primaire chez les jeunes actuellement dans la région, les présentes orientations proposent que la priorité soit accordée pour les trois prochaines années au financement et à la mise en place de mesures universelles en milieu scolaire, permettant de rejoindre au moins 90% des jeunes de l'Outaouais. Ceci implique que les éventuels budgets additionnels discrétionnaires consacrés à la prévention des toxicomanies dans la région seront affectés à l'implantation de telles mesures.

La Direction de la santé publique a opté pour l'implantation du programme PRISME, développé au Québec depuis plus de dix ans et reconnu par les ministères de l'Éducation et de la Santé et des Services sociaux. La programmation de PRISME s'appuie sur une nouvelle approche pédagogique, l'apprentissage expérientiel. Les stratégies utilisées sont l'influence, le développement des compétences, l'aménagement du milieu et la gestion du plaisir et de la souffrance associés à l'usage de substances psychotropes.

Quatre organismes communautaires de l'Outaouais, soit Adojeunes à Gatineau, Prévention César à Papineauville, Mani-Jeunes à Maniwaki et le Centre d'intervention en alcoolisme et toxicomanie (CIPTO) à Hull ont reçu la formation offerte par l'Association québécoise en gestion expérientielle (AQGE) et vont de l'avant dans la mise en application de ce programme.

RÉGIE RÉGIONALE
DE LA SANTÉ ET DES
SERVICES SOCIAUX
DE L'OUTAOUAIS
DIRECTION DE LA SANTÉ PUBLIQUE

ENQUÊTE SANTÉ QUÉBEC

OUTAOUAIS

1 9 9 8

Les résultats régionaux de l'Enquête sociale et de santé 1998 sont publiés par la Direction de la Santé publique de la Régie régionale de la Santé et des Services sociaux de l'Outaouais.

Toute reproduction est autorisée à condition de mentionner la source.

ONT COLLABORÉ À CETTE PUBLICATION

Rédaction
Philippe Garvie
Jean-Pierre Courteau
Jeannette Allard
Santé Québec

Infographie
Sylvie Bélisle

Pour toute information relative au contenu de cette fiche ou pour obtenir d'autres numéros, veuillez communiquer avec :

Philippe Garvie
agent de recherche

Tél. : (819) 776-7660, poste 7476
Courriel : philippe_garvie@ssss.gouv.qc.ca

104, rue Lois
Hull (Québec) J8Y 3R7

Dépôt légal
Bibliothèque nationale du Québec
Bibliothèque nationale du Canada
ISBN : 2-920785-9

Septembre 2001

ENQUÊTE SOCIALE ET DE SANTÉ

OUTAOUAIS
1 9 9 8

LES RÉSULTATS DE L'ENQUÊTE SOCIALE ET DE SANTÉ 1998 POUR LA RÉGION DE L'OUTAOUAIS SONT PUBLIÉS SOUS FORME DE FICHES, CHACUNE CORRESPONDANT À UN DES THÈMES DE L'ENQUÊTE.

NOS FICHES

Fiche 1 : Méthodes
Fiche 2 : Caractéristiques sociales et socio-économiques
Fiche 3 : Usage du tabac
Fiche 4 : Consommation d'alcool
Fiche 5 : Consommation de drogues et autres substances psychoactives
Fiche 6 : Alimentation : perceptions, pratiques et insécurité alimentaire
Fiche 7 : Activité physique
Fiche 8 : Poids corporel
Fiche 9 : Comportements sexuels et utilisation du condom
Fiche 10 : Orientation sexuelle et santé
Fiche 11 : Divers problèmes de santé propres aux femmes
Fiche 12 : Perception de l'état de santé
Fiche 13 : Problèmes d'audition
Fiche 14 : Problèmes de santé et problèmes visuels
Fiche 15 : Accidents et blessures
Fiche 16 : Santé mentale
Fiche 17 : Idées suicidaires et parasuicides
Fiche 18 : Incapacité et limitation d'activités
Fiche 19 : Recours aux services des professionnels de la santé et des services sociaux
Fiche 20 : Recours aux hospitalisations, à la chirurgie d'un jour et aux services posthospitaliers
Fiche 21 : Recours au service Info-Santé CLSC
Fiche 22 : Consommation de médicaments
Fiche 23 : Vaccination contre la grippe
Fiche 24 : Famille et santé
Fiche 25 : Environnement de soutien
Fiche 26 : Travail et santé
Fiche 27 : Environnement psychosocial au travail
Fiche 28 : Couverture des frais de santé par un régime d'assurance privé
Fiche 29 : Spiritualité, religion et santé

Alimentation : perceptions, pratiques et insécurité alimentaire

Introduction

Une saine alimentation est importante pour le maintien de la santé tout au long de la vie. L'alimentation est étroitement reliée à la morbidité et à l'espérance de vie des populations (Gage et O'Connor, 1994). Les recherches qui portent sur les facteurs influençant la qualité de l'alimentation sont importantes car elles aident à comprendre ce qui guide les choix individuels, favorisant ainsi la planification de programmes d'éducation et de promotion de la santé adaptés à la réalité quotidienne.

La présente enquête a permis d'aborder deux thèmes importants se rapportant à l'alimentation des Québécois. Le premier thème est celui de la perception de la qualité des habitudes alimentaires. Le second est relié à certaines pratiques alimentaires, soit la consommation de repas à l'extérieur du foyer et la solitude au moment des repas. Un troisième thème, se rapportant à l'insécurité alimentaire, est traité dans le rapport provincial mais a dû être laissé de côté dans le présent rapport régional. La problématique de l'insécurité alimentaire sera donc traitée ultérieurement, en lien avec le thème de la pauvreté.

La perception de la qualité des habitudes alimentaires a été abordée dans différentes enquêtes au cours des dernières années. Par ailleurs, la consommation de repas préparés à l'extérieur du foyer est une tendance de plus en plus marquée (Conseil canadien de la distribution alimentaire, 1999) qui mérite une attention particulière dans le cadre de l'étude des habitudes alimentaires de la population. Le contrôle qu'ont les gens sur la qualité de leur alimentation s'en trouve diminué, notamment quant au choix des ingrédients utilisés dans la préparation des mets, aux méthodes de cuisson et, dans une certaine mesure, à la taille des portions.

Aspects méthodologiques

Les données concernant l'alimentation dans l'enquête sociale et de santé 1998 proviennent de la section III du questionnaire auto-administré (QAA) portant sur les habitudes alimentaires et de la section XIII du questionnaire rempli par l'intervieweur (QRI), couvrant les aspects relatifs à l'insécurité alimentaire.

La question « Comparativement à d'autres personnes, diriez-vous que vos habitudes alimentaires sont en général excellentes, très bonnes, bonnes, moyennes ou mauvaises ? » (QAA8) a servi à l'élaboration de l'indice d'auto évaluation de la qualité des habitudes alimentaires.

Comme le volet « alimentation » était absent de l'Enquête sociale et de santé 1992-1993, cet indice a été utilisé pour la dernière fois par Santé Québec dans l'Enquête québécoise sur la nutrition 1990. Par contre, il a été employé sur une base pan-canadienne dans l'Enquête Promotion de la santé de1986 et dans les enquêtes de l'Institut national de la nutrition effectuées en 1989, 1994 et 1997. Il existe donc de multiples possibilités de comparer directement les résultats de la présente enquête de façon longitudinale ou transversale. Compte tenu des faibles fréquences aux deux extrémités de l'indice, les catégories « excellentes » et « très bonnes », ainsi que les catégories « moyennes » et « mauvaises » ont été regroupées pour l'analyse.

Trois questions ont été posées dans le questionnaire auto administré afin d'évaluer la fréquence de consommation de repas préparés à l'extérieur du foyer au cours des sept jours ayant précédé l'enquête. La première portait sur les repas achetés congelés (QAA9a), la deuxième sur les repas livrés ou emportés à la maison (QAA9b) et la troisième sur les repas pris dans un restaurant, une cafétéria ou un casse-croûte (QAA9c). Les données sur la consommation de repas préparés à l'extérieur du foyer ne peuvent pas être comparées directement avec celles de l'Enquête québécoise sur la nutrition de 1990, puisque la période de rappel était de 2 jours dans le questionnaire de 1990, comparativement à 7 jours dans la présente enquête. Un indice regroupant les résultats des trois questions a permis de définir différentes catégories de la population en fonction de la fréquence hebdomadaire de consommation de repas préparés à l'extérieur du foyer: jamais (0 fois), occasionnellement (de 1 à 3 fois), souvent (de 4 à 6 fois) et régulièrement (7 fois ou plus).

Deux questions du questionnaire auto administré traitent de la consommation des repas seul ou avec d'autres : « Lorsque vous prenez vos repas à domicile, mangez-vous habituellement avec votre conjoint/e ou d'autres personnes de 15 ans et plus ? » (QAA10) et « Lorsque vous prenez vos repas à domicile, mangez-vous habituellement avec des enfants de moins de 15 ans ? » (QAA11). Ces questions faisaient intégralement partie de l'Enquête québécoise sur la nutrition 1990. Un indice permet de classer les individus selon qu'ils prennent habituellement leurs repas à domicile seuls (réponse « non » aux deux questions) ou avec d'autres personnes (réponse « oui » à l'une ou l'autre des deux questions).

Résultats

L'évaluation des habitudes alimentaires par les personnes elles-mêmes permet d'estimer à 81 % la proportion de la population de l'Outaouais âgée de 15 ans et plus qui qualifie ses habitudes alimentaires d'excellentes, de très bonnes ou de bonnes, alors que 19 % de la population les qualifie de moyennes ou de mauvaises (tableau 1). Dans l'ensemble, ces résultats sont un peu moins favorables que ceux observés dans l'ensemble du Québec (figure 1).

Tableau 1 - Perception de la qualité des habitudes alimentaires, population de 15 ans et plus, Outaouais et Québec, 1998.

Habitudes alimentaires	% Outaouais 1998	% Québec 1998
Excellentes / Très bonnes	40,5	39,2
Bonnes	40,9	45,5
Moyennes / Mauvaises	18,5[a]	15,3[a]

Les pourcentages indexés du même exposant sont significativement différents pour des intervalles de confiance à 95%.

Figure 1 - Auto-perception de la qualité des habitudes alimentaires, Outaouais et Québec, 1998.

L'auto-perception de la qualité des habitudes alimentaires varie notamment en fonction de l'indice de masse corporelle et de la scolarité relative. Les personnes ayant un surplus de poids et les personnes moins scolarisées sont proportionnellement plus nombreuses, et à plus fort degré en Outaouais qu'au Québec, à qualifier leurs habitudes alimentaires de moyennes ou de mauvaises (tableau 2).

Tableau 2 - Proportion de la population de 15 ans et plus ayant une mauvaise ou moyenne perception de la qualité des habitudes alimentaires selon l'indice de masse corporelle et la scolarité relative, Outaouais et Québec, 1998.

Variables	% Outaouais 1998	% Québec 1998
Indice pondéral		
Poids insuffisant	17,5[a]	13,4
Poids santé	13,8	13,1
Excès de poids	25,9[a]	20,1
Indice de scolarité relative		
Bas	22,9[a]	17,3[a]
Elevé	15,7	14,7

Les pourcentages indexés du même exposant sont significativement différents pour des intervalles de confiance à 95%.

[a] Estimation imprécise : à interpréter avec prudence.

Les données québécoises de la présente enquête (non présentées) révèlent qu'en moyenne 2,1 repas préparés à l'extérieur du foyer sont consommés chaque semaine par les personnes âgées de 15 ans et plus. Au total, environ 72 % de la population prend au moins un repas préparé à l'extérieur par semaine. La consommation de repas préparés à l'extérieur du foyer est similaire chez les hommes et les femmes, mais a tendance à diminuer avec l'âge. L'Outaouais et le Québec ont des profils presque identiques à ces égards (tableau 3).

Tableau 3 - Consommation régulière, fréquente ou occasionnelle de repas préparés à l'extérieur au cours d'une période de 7 jours, selon l'âge et selon le sexe, population de 15 ans et plus, Outaouais et Québec, 1998.

Variables	% Outaouais 1998	% Québec 1998
Âge		
15 - 24 ans	87,2	85,3
25 - 44 ans	81,9	79,2
45 - 64 ans	69,0	68,1
65 ans et plus	47,2	48,9
Sexe		
Hommes	76,7	74,0
Femmes	74,0	70,0

La consommation de repas préparés à l'extérieur varie aussi en fonction de l'état matrimonial, de la scolarité relative et du niveau du revenu familial. En Outaouais comme dans l'ensemble du Québec, les célibataires ont tendance à consommer plus souvent des repas préparés à l'extérieur que les personnes mariées ou les personnes veuves, séparées ou divorcées. Cette tendance pourrait refléter en partie l'effet du statut socio-économique, puisque les personnes ayant un niveau de revenu ou de scolarité élevé ont également tendance à consommer plus fréquemment ce type de repas (tableau 4).

Tableau 4 - Consommation régulière, fréquente ou occasionnelle de repas préparés à l'extérieur au cours d'une période de 7 jours, selon certaines caractéristiques démographiques et socio-économiques, population de 15 ans et plus, Outaouais et Québec, 1998.

Variables	% Outaouais 1998	% Québec 1998
État matrimonial		
Célibataire	85,2	80,5
Marié / union de fait	73,9	71,2
Veuf / séparé / divorcé	62,6	60,0
Scolarité relative		
Bas	[illegible]	[illegible]
Élevé	80,6	[illegible]
Revenu		
Très pauvre / pauvre	57,0	58,5
Moyen inférieur	69,9	68,6
Moyen supérieur / supérieur	82,2	78,8

Les pourcentages indexés du même exposant sont significativement différents pour des intervalles de confiance à 95%.

Le fait de manger seul peut grandement influencer le choix des aliments ou le type de repas qu'une personne prend. Plusieurs personnes, face à la solitude à l'heure du repas, vont simplement décider de ne pas manger, comme c'est le cas pour plusieurs personnes âgées. Pour d'autres encore, le fait d'être seul au moment des repas les poussera à consommer davantage de plats congelés ou à aller au restaurant, s'ils en ont les moyens.

Environ 17 % des personnes de 15 ans et plus en Outaouais et au Québec mangent habituellement seules (données non présentées). Les personnes de 65 ans et plus mangent seules dans une proportion plus élevée que les jeunes, mais les données québécoises montrent que cette différence en fonction de l'âge ne s'observe que parmi la population féminine. Ainsi, près de 40 % des Québécoises de 65 ans et plus prennent leurs repas habituellement seules, comparativement à environ 18 % des Québécois du même groupe d'âge. La seule différence significative entre les résultats de l'Outaouais et ceux du Québec en ce qui a trait à fréquence de la solitude au moment des repas est observée dans le groupe d'âge des 25-44 ans (tableau 5).

Tableau 5 - Solitude au moment des repas, selon l'âge, population de 15 ans et plus, Outaouais et Québec, 1998.

Mange seul / groupe d'âge	% Outaouais 1998	% Québec 1998
15 à 24 ans	[illegible]	[illegible]
25 à 44 ans	[illegible]	[illegible]
45 à 64 ans	[illegible]	[illegible]
65 ans et plus	[illegible]	[illegible]

Les pourcentages indexés du même exposant sont significativement différents pour des intervalles de confiance à 95%.

* Estimation imprécise : à interpréter avec prudence.

Fiche 6

Conclusion

Les résultats régionaux de l'enquête Santé Québec 1998 indiquent que près d'une personne sur cinq en Outaouais (une sur quatre parmi les personnes présentant un excès de poids) estime que ses habitudes alimentaires sont moyennes ou mauvaises. Environ 72 % des personnes de 15 ans et plus (et près de 90 % des jeunes de 15 à 24 ans) prennent désormais au moins une fois par semaine un repas qui a été préparé à l'extérieur du foyer. Cette habitude est nettement plus répandue chez les célibataires et chez les personnes favorisées sur le plan socio-économique. La solitude au moment des repas est beaucoup plus fréquente chez les femmes que chez les hommes et elle est même une expérience habituelle pour environ 30 % des personnes âgées de 65 ans et plus.

Pour la population en général, il sera de plus en plus important de travailler à accroître la disponibilité de l'information en nutrition dans les endroits où les produits alimentaires déjà préparés sont mis en vente, afin que les consommateurs puissent bénéficier en temps opportun de l'information adéquate pour faire des choix judicieux. La participation de l'industrie alimentaire est essentielle à cet égard, autant pour l'affichage de l'information que pour le développement et la mise en marché de produits alimentaires équilibrés. Il nous faut également ajuster nos messages et nos actions de santé publique dans le domaine de l'alimentation en fonction des transformations sociales actuelles qui affectent la structure des ménages, l'emploi et le revenu et qui ont un impact important sur nos habitudes alimentaires et sur notre mode de vie.

RÉGIE RÉGIONALE
DE LA SANTÉ ET DES
SERVICES SOCIAUX
DE L'OUTAOUAIS
DIRECTION DE LA SANTÉ PUBLIQUE

ENQUÊTE SANTÉ QUÉBEC

OUTAOUAIS
1 9 9 8

Les résultats régionaux de l'Enquête sociale et de santé 1998 sont publiés par la Direction de la Santé publique de la Régie régionale de la Santé et des Services sociaux de l'Outaouais.

Toute reproduction est autorisée à condition de mentionner la source.

ONT COLLABORÉ À CETTE PUBLICATION

Rédaction
Philippe Garvie
Jean-Pierre Courteau
Roger Girard
Santé Québec

Infographie
Sylvie Bélisle

Pour toute information relative au contenu de cette fiche ou pour obtenir d'autres numéros, veuillez communiquer avec :

Philippe Garvie
agent de recherche

Tél. : (819) 776-7660, poste 7476
Courriel : philippe_garvie@ssss.gouv.qc.ca

104, rue Lois
Hull (Québec) J8Y 3R7

Dépôt légal
Bibliothèque nationale du Québec
Bibliothèque nationale du Canada
ISBN : 2-920780-78-6

Fiche 7 de 29

Septembre 2001

ENQUÊTE SOCIALE ET DE SANTÉ

OUTAOUAIS
1 9 9 8

LES RÉSULTATS DE L'ENQUÊTE SOCIALE ET DE SANTÉ 1998 POUR LA RÉGION DE L'OUTAOUAIS SONT PUBLIÉS SOUS FORME DE FICHES, CHACUNE CORRESPONDANT À UN DES THÈMES DE L'ENQUÊTE.

NOS FICHES

Fiche 1 : Méthodes
Fiche 2 : Caractéristiques sociales et socioéconomiques
Fiche 3 : Usage du tabac
Fiche 4 : Consommation d'alcool
Fiche 5 : Consommation de drogues et autres substances psychoactives
Fiche 6 : Alimentation : perceptions, pratiques et insécurité alimentaire
Fiche 7 : Activité physique
Fiche 8 : Poids corporel
Fiche 9 : Comportements sexuels et utilisation du condom
Fiche 10 : Orientation sexuelle et santé
Fiche 11 : Divers comportements de santé propres aux femmes
Fiche 12 : Perception de l'état de santé
Fiche 13 : Problèmes [illegible]
Fiche 14 : Problèmes auditifs et problèmes visuels
Fiche 15 : Accidents [illegible]
Fiche 16 : Santé mentale
Fiche 17 : Idées suicidaires et parasuicides
Fiche 18 : Incapacité et limitation d'activités
Fiche 19 : Recours aux services des professionnels de la santé et des services sociaux
Fiche 20 : Recours aux hospitalisations, à la chirurgie d'un jour et aux services posthospitaliers
Fiche 21 : Recours au service Info-Santé CLSC
Fiche 22 : Consommation de médicaments
Fiche 23 : Vaccination contre la grippe
Fiche 24 : Famille et santé
Fiche 25 : Environnement de soutien
Fiche 26 : Travail et santé
Fiche 27 : Environnement psychosocial au travail
Fiche 28 : Couverture des frais de santé par un régime d'assurance privé
Fiche 29 : Spiritualité, religion et santé

Activité physique

Introduction

L'activité physique est un facteur important de maintien, d'amélioration et de recouvrement de la santé. La politique de la santé et du bien-être du Québec (MSSS, 1992) souligne d'ailleurs l'importance de la pratique régulière de l'activité physique, notamment pour réduire le risque de maladies cardiovasculaires et pour favoriser l'intégration sociale des retraités.

Il est possible de distinguer quatre types d'activités physiques, soit les activités domestiques, les activités liées au travail, les activités liées aux déplacements et les activités physiques de loisir. Le rapport provincial traite des activités de loisir et de l'activité physique au travail. Nos analyses régionales ne porteront cependant que sur les activités physiques de loisir.

Aspects méthodologiques

Ce thème est abordé avec le questionnaire auto administré (QAA). La question 12 permet d'obtenir une estimation du pourcentage de la population ayant pratiqué des activités de loisir d'une durée de 20 à 30 minutes au cours des trois mois précédant l'enquête. La question est identique à celle posée en 1992-1993, ce qui nous permet de mesurer l'évolution entre les deux enquêtes. Par ailleurs, ainsi posée, la question évoque surtout chez les répondants la pratique d'activités de loisir d'intensité moyenne à élevée et est moins fiable pour documenter les activités pratiquées à une intensité plus faible.

Les résidants de l'Outaouais âgés de 15 ans et plus ont été répartis en trois catégories selon leur fréquence de pratique d'activités physiques de loisir: les « sédentaires » (trois fois/mois et moins), les « moyennement actifs » (une ou deux fois/semaine) et les « actifs » (trois fois/semaine et plus). Les données permettent de tenir compte des variations saisonnières, car elles ont été recueillies sur quatre trimestres successifs. Elles ne permettent cependant pas d'évaluer la pratique sur une base annuelle, puisque les questionnaires ont été administrés à des individus différents à chaque trimestre.

La question 13 porte sur le déterminant principal et modifiable de la pratique d'activités physiques de loisir, soit l'intention, et elle est identique à celle utilisée dans l'enquête de 1992-1993. Les répondants sont catégorisés selon leur intention (positive, neutre ou négative) de pratiquer des activités physiques de loisir d'une durée de 20 à 30 minutes au cours de l'année suivant l'enquête.

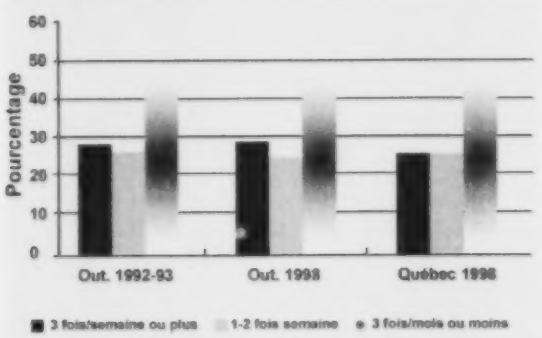
Résultats

Le tableau 1 présente les résultats de la question 12 du QAA, pondérés selon la répartition de la population de l'Outaouais âgée de 15 ans et plus. Ces résultats sont illustrés à la figure 1.

Tableau 1 - Fréquence de participation à des activités physiques de loisir, 20 à 30 minutes par séance, population de 15 ans et plus, Outaouais 1992-1993 et 1998, Québec 1998.

Fréquence	% Outaouais 1992-93	% Outaouais 1998	% Québec 1998
3 fois/semaine et plus	27	26	26
1-2 fois/semaine	25	24	28
3 fois/mois et moins	48	49	45

Figure 1 - Fréquence de participation à des activités physiques de loisir, Outaouais 1992-1993 et 1998, Québec 1998.



La répartition des personnes selon leur fréquence de participation à des activités physiques de loisir en Outaouais est similaire à celle qu'on observe dans l'ensemble du Québec. Par ailleurs, cette répartition est demeurée quasi inchangée en 1998 par rapport à 1992-1993. Près de la moitié des personnes de 15 ans et plus peuvent être considérées comme sédentaires. La répartition de ces personnes selon diverses caractéristiques démographiques est présentée au tableau 2.

Tableau 2 - Pourcentage de la population participant à des activités physiques de loisir trois fois par mois et moins (personnes sédentaires) selon l'âge, le sexe, le revenu et la scolarité, Outaouais 1992-1993 et 1998, Québec 1998.

Variables	% Outaouais 1992-93	% Outaouais 1998	% Québec 1998
Âge			
15-24 ans	41	30	33
25-44 ans	47	49	51
45-64 ans	52	51	55
65 ans et plus	59	69	55
Sexe			
Hommes	44	48	47
Femmes	53	50	43
Revenu			
Très pauvre et pauvre	56	57	53
Moyen inférieur	n.d.	53	52
Moyen sup. et supérieur	n.d.	43	46
Scolarité			
Faible	57	53	56
Élevée	42	44	43

On observe, tant dans l'enquête de 1992-1993 que dans celle de 1998, une tendance à l'augmentation de la proportion de personnes sédentaires en fonction de l'âge en Outaouais. Comparativement à 1992-1993, la proportion des jeunes qui sont sédentaires semble avoir baissé dans la région, alors que la sédentarité semble avoir augmenté dans le groupe d'âge des 65 ans et plus. Cependant, compte tenu de la taille de l'échantillon régional, ces différences ne sont pas statistiquement significatives et pourraient être dues au hasard. Par ailleurs, dans l'enquête de 1998, les proportions respectives de personnes sédentaires par groupe d'âge en Outaouais et dans l'ensemble du Québec sont similaires.

Alors que la sédentarité semblait plus répandue chez les femmes que chez les hommes en Outaouais en 1992-1993, il semble que cette différence se soit résorbée entre les deux enquêtes. Ceci s'explique par le fait qu'il y a eu une augmentation de la proportion de femmes « actives » (3 fois/semaine et plus), qui passe de 22 % en 1992-1993 à 28 % en 1998 (données non illustrées, différence significative au seuil de 5 %). Les proportions de personnes sédentaires selon le sexe en Outaouais et dans l'ensemble du Québec sont similaires.

De façon générale, la proportion de personnes pratiquant des activités de loisir trois fois par mois ou moins est plus élevée chez les personnes pauvres et moins scolarisées. Il n'y a pas de différences significatives entre les taux de sédentarité par catégorie de revenu et par niveau de scolarité observés en Outaouais et dans l'ensemble du Québec.

Tableau 3 - Pourcentage de la population selon l'intention par rapport à la participation à des activités physiques, Outaouais 1992-1993 et 1998, Québec 1998.

Intention	% Outaouais 1992-93	% Outaouais 1998	% Québec 1998

Les données présentées au tableau 3 montrent que près de quatre personnes sur cinq en Outaouais et dans l'ensemble du Québec disent avoir l'intention de pratiquer régulièrement des activités physiques au cours de la prochaine année (catégories « certainement oui » et « probablement oui »). Les résultats régionaux diffèrent peu de ceux observés en 1992-1993.

Conclusion

De façon générale, les résultats régionaux indiquent que près de la moitié des résidants de l'Outaouais sont sédentaires et qu'ils ne parviennent pas à intégrer la pratique d'activités physiques de loisir à leur mode de vie. Malgré des gains notables chez les femmes, on observe aussi un plafonnement de la pratique d'activités de loisir depuis le début des années 1990. Cette stagnation, observée autant en Outaouais qu'au Québec et au Canada, se manifeste même si une forte proportion de répondants disent toujours avoir l'intention de pratiquer des activités au cours de la prochaine année. Compte tenu du fait que les analyses provinciales montrent que la très grande majorité (72 %) des Québécois et des Québécoises sont relativement inactifs au travail, ces résultats sont inquiétants et doivent être interprétés notamment dans le contexte de la progression importante des problèmes d'excès de poids et d'obésité dans la population. Un mode de vie sédentaire est aussi lié étroitement au risque de plusieurs maladies, dont les maladies cardiovasculaires, le diabète de type II et le cancer du côlon, et comporte un risque plus élevé de décès prématuré.

Enfin, la stagnation de la pratique régulière de l'activité physique nous amène à réfléchir sur l'efficacité de nos interventions de santé publique dans ce domaine. Les activités de sensibilisation de la population ont permis des progrès importants dans les années 70 et 80 et elles doivent se poursuivre, notamment auprès des aînés et auprès des jeunes. Cela dit, elles semblent moins efficaces dans certains segments de la population, notamment parmi les personnes économiquement défavorisées et moins scolarisées. Chez ces personnes, les barrières à l'accessibilité, liées notamment à l'environnement physique, économique et social semblent déterminantes et devraient constituer des priorités d'intervention pour l'avenir. La mise en place d'environnements favorables à la pratique régulière de l'activité physique nécessite la collaboration des divers acteurs régionaux, notamment du milieu de la santé, du milieu scolaire, des municipalités, des entreprises et des groupes communautaires.

Fiche 7

L'activité physique en Outaouais... Plusieurs occasions s'offrent à nous

Il existe dans notre région plusieurs ressources pour favoriser la pratique régulière de l'activité physique. Voici quelques sources d'information susceptibles d'orienter les intervenants des domaines de la santé, de l'éducation et du loisir dans leurs efforts de promotion de l'activité physique.

Kino-Québec est le programme de promotion de l'activité physique du Gouvernement du Québec. Intégré dans les directions de santé publique des régies régionales de la santé et des services sociaux, Kino-Québec travaille étroitement avec différents milieux dans la promotion de l'activité physique. Que ce soit pour obtenir des conseils afin d'intégrer davantage les occasions d'activité physique en milieu scolaire, municipal, de travail ou communautaire, ou pour vous procurer des outils pouvant vous servir de façon concrète, Kino-Québec peut vous aider.

Plusieurs autres partenaires régionaux peuvent contribuer à intégrer l'activité physique au quotidien des personnes. L'Unité régionale de loisir et de sport de l'Outaouais (819-770-3575, URL: www.atreide.net/urlso/) et les services des loisirs des municipalités constituent d'excellentes sources d'information sur les infrastructures locales et les activités offertes à la population. Vous n'avez qu'à consulter la programmation municipale ou à communiquer directement avec votre municipalité afin d'en savoir davantage.

Pour de plus amples renseignements, communiquez avec le conseiller Kino-Québec pour l'Outaouais (819-776-7655) ou consultez le site Web de l'organisme à URL : www.kino-quebec.qc.ca.

RÉGIE RÉGIONALE
DE LA SANTÉ ET DES
SERVICES SOCIAUX
DE L'OUTAOUAIS
DIRECTION DE LA SANTÉ PUBLIQUE

ENQUÊTE SANTÉ QUÉBEC

OUTAOUAIS

1 9 9 8

Les résultats régionaux de l'Enquête sociale et de santé 1998 sont publiés par la Direction de la Santé publique de la Régie régionale de la Santé et des Services sociaux de l'Outaouais.
Toute reproduction est autorisée à condition de mentionner la source.

ONT COLLABORÉ À CETTE PUBLICATION

Rédaction
Philippe Garvie
Jean-Pierre Courteau
Carl Clément

Infographie
Sylvie Bélisle

Pour toute information relative au contenu de cette fiche ou pour obtenir d'autres numéros, veuillez communiquer avec :

Philippe Garvie
agent de recherche

Tél. : (819) 776-7660, poste 7476
Courriel : philippe_garvie@ssss.gouv.qc.ca

104, rue Lois
Hull (Québec) J8Y 3R7

Dépôt légal
Bibliothèque nationale du Québec
Bibliothèque nationale du Canada
ISBN : 2-920780-79-4

Septembre 2001

ENQUÊTE SOCIALE ET DE SANTÉ

OUTAOUAIS
1 9 9 8

LES RÉSULTATS DE L'ENQUÊTE SOCIALE ET DE SANTÉ 1998 POUR LA RÉGION DE L'OUTAOUAIS SONT PUBLIÉS SOUS FORME DE FICHES, CHACUNE CORRESPONDANT À UN DES THÈMES DE L'ENQUÊTE.

NOS FICHES

Fiche 1 : Méthodes
Fiche 2 : Caractéristiques sociales et socioéconomiques
Fiche 3 : Usage du tabac
Fiche 4 : Consommation d'alcool
Fiche 5 : Consommation de drogues et autres substances psychoactives
Fiche 6 : Alimentation : perceptions, pratiques et insécurité alimentaire
Fiche 7 : Activité physique
Fiche 8 : Poids
Fiche 9 : Comportements sexuels et utilisation du condom
Fiche 10 : Orientation sexuelle et santé
Fiche 11 : Divers [illegible] de santé propres aux femmes
Fiche 12 : Perception [illegible] de santé
Fiche 13 : Problèmes [illegible]
Fiche 14 : Problèmes [illegible] et problèmes visuels
Fiche 15 : Accidents [illegible]
Fiche 16 : Santé mentale
Fiche 17 : Idées suicidaires et parasuicides
Fiche 18 : Incapacité et limitation d'activités
Fiche 19 : Recours aux services des professionnels de la santé et des services sociaux
Fiche 20 : Recours aux hospitalisations, à la chirurgie d'un jour et aux services posthospitaliers
Fiche 21 : Recours au service Info-Santé CLSC
Fiche 22 : Consommation de médicaments
Fiche 23 : Vaccination contre la grippe
Fiche 24 : Famille et santé
Fiche 25 : Environnement de soutien
Fiche 26 : Travail et santé
Fiche 27 : Environnement psychosocial au travail
Fiche 28 : Couverture des frais de santé par un régime d'assurance privé
Fiche 29 : Spiritualité, religion et santé

Poids corporel

Introduction

Le poids corporel dépend, dans une large mesure, des habitudes alimentaires et des choix d'activités physiques. Ces thèmes de l'enquête sociale et de santé 1998 sont abordés dans des fiches distinctes. La forte relation entre l'excès de poids et l'incidence de maladies cardiovasculaires, d'hypertension, de diabète de type II et de plusieurs cancers est maintenant bien documentée. Le risque de développer un de ces problèmes de santé double chez les personnes présentant un excès de poids et est encore plus élevé en présence d'obésité abdominale (de type androide).

Aspects méthodologiques

Les deux indicateurs retenus au niveau régional pour l'analyse des données relatives au poids corporel sont l'indice de masse corporelle (IMC) et le désir de modifier son poids. Les données utilisées proviennent de la section II (« Votre poids ») du questionnaire auto administré (QAA), qui comporte des questions portant sur la taille (QAA2), sur le poids (QAA3) et sur le désir de changer de poids (QAA4).

L'IMC permet de juger du poids d'un individu en fonction de sa taille et demeure la mesure de la masse corporelle la mieux corrélée avec les risques pour la santé dans les études écologiques. Lorsque l'IMC est utilisé sur une base individuelle, son interprétation doit tenir compte de la durée d'un excès ou d'une insuffisance de poids. L'IMC a été conçu principalement pour les adultes âgés entre 20 à 65 ans dont la taille et la condition physique sont assez stables. Il ne s'applique donc pas aux femmes enceintes ou qui allaitent. Il ne permet pas non plus d'avoir une idée précise de la masse graisseuse et de la répartition du tissu adipeux, et ne peut donc servir à départager les personnes à forte musculature et les athlètes qui pratiquent des sports d'endurance de ceux qui font de l'embonpoint. L'indice de masse corporelle se calcule de la façon suivante :

$$IMC = \text{poids en kilogrammes} / (\text{taille en mètres})^2$$

Fiche 8

L'interprétation de l'indice de masse corporelle se fait en fonction de l'âge. Les seuils correspondant aux différentes catégories de poids par groupes d'âge dans l'enquête sociale et de santé 1998 sont présentés dans le tableau suivant. L'obésité, qui constitue une forme extrême d'excès de poids, est généralement définie comme correspondant à un IMC de 30 et plus. Dans cette fiche, nous parlerons le plus souvent d'excès de poids pour désigner indistinctement toutes les catégories d'IMC correspondant à des risques accrus pour la santé.

Tableau 1 - Seuils pour l'indice de masse corporelle selon l'âge, population de 15 ans et plus.

Indice de masse corporel (IMC)	Groupe d'âge			
	15 - 19 ans	20 - 64 ans	65 - 80 ans	81 ans et plus
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]

Résultats

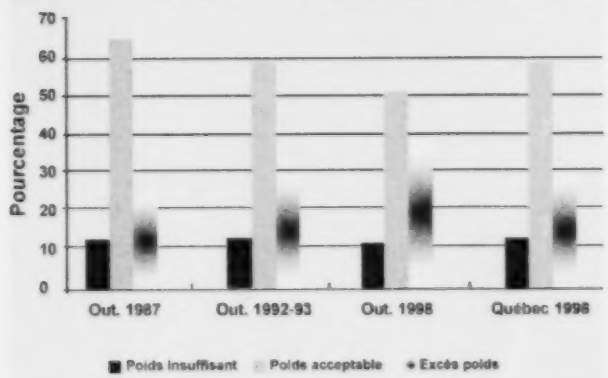
L'utilisation de l'Indice de masse corporelle dans les trois enquêtes successives de Santé Québec permet de suivre l'évolution de cet indicateur dans la population de l'Outaouais (tableau 2 et figure 1).

Tableau 2 - Répartition de la population de 15 ans et plus par catégorie de poids, Outaouais 1987, 1992-1993 et 1998, Québec 1998.

IMC	% Outaouais 1987	% Outaouais 1992-93	% Outaouais 1998	% Québec 1998
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]

Les pourcentages indexés du même exposant sont significativement différents pour des intervalles de confiance à 95%.

Figure 1 - Indice de masse corporelle, Outaouais 1987 à 1998, Québec 1998.



Le tableau 2 met en lumière des différences importantes et statistiquement significatives entre la distribution par catégories de poids de la population du Québec et celle de la population de l'Outaouais en 1998. Seulement 52 % des résidants de l'Outaouais âgés de 15 ans et plus présentent un poids acceptable (« poids santé »), comparativement a 59% dans l'ensemble du Québec. Mais surtout, 38% des résidants de la région présentent un excès de poids en 1998, alors que la proportion correspondante au Québec est de 28%. Par contre, la proportion de personnes avec un poids insuffisant est un peu moins importante dans la région.

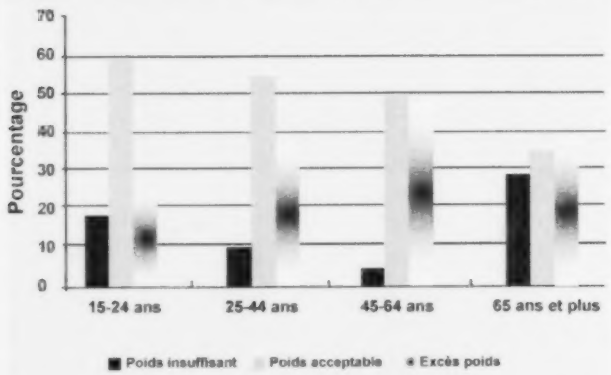
La prévalence de l'excès de poids en Outaouais a augmenté de façon très marquée entre 1987 et 1998. Cette progression a d'ailleurs été observée à des degrés divers dans l'ensemble des pays occidentaux, au point où elle prend parfois des allures épidémiques, notamment aux États-Unis. Or la situation actuelle de l'Outaouais à cet égard est peu enviable, même lorsqu'on la compare à celle de nos « voisins du sud ». Le tableau suivant permet de rendre compte de la distribution de la population de l'Outaouais par catégorie de poids et par groupe d'âge. Les données sont illustrées à la figure 2.

Tableau 3 - Répartition de la population de l'Outaouais âgée de 15 ans et plus en 1998, selon l'indice de masse corporelle et selon l'âge.

IMC	% 15 à 24 ans	% 25 à 44 ans	% 45 à 64 ans	% 65 ans et plus
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]

Estimation imprécise, à interpréter avec prudence.
Estimation très imprécise, fournie à titre indicatif seulement.

Figure 2 - Indice de masse corporelle selon l'âge, Outaouais 1998.



Le tableau 3 et la figure 2 montrent que la proportion des personnes présentant un poids acceptable diminue avec l'âge, alors que la proportion de la population présentant un excès de poids est la plus élevée entre 45 et 64 ans. Par ailleurs, les individus présentant un poids insuffisant sont surtout des personnes âgées et des jeunes femmes (données non présentées). Les mêmes catégories de poids sont décrites au tableau 4, cette fois en fonction de l'état matrimonial.

Tableau 4 - Indice de masse corporelle selon l'état matrimonial, population de 15 ans et plus, Outaouais et Québec, 1998.

	% Outaouais 1998		% Québec 1998	
IMC selon l'état matrimonial	Avec conjoint	Sans conjoint	Avec conjoint	Sans conjoint

Les pourcentages indexés du même exposant sont significativement différents pour des intervalles de confiance à 95%.

L'excès de poids a tendance à être plus fréquent chez les personnes ayant un conjoint, tant en Outaouais que dans l'ensemble du Québec. Par ailleurs, tant chez les personnes ayant un conjoint que celles qui n'en ont pas, l'ampleur de l'excès de poids est significativement plus élevée dans la région. La proportion de personnes présentant un poids acceptable ne varie pas selon l'état matrimonial. Par contre, les personnes sans conjoint semblent présenter plus fréquemment un poids insuffisant que les personnes mariées ou vivant en union de fait.

Tableau 5 - Désir de diminuer son poids selon l'indice de masse corporelle, population de 15 ans et plus, Outaouais et Québec, 1998.

	% Outaouais 1998		% Québec 1998	
IMC selon le poids désiré	Désire maigrir	Non	Désire maigrir	Non

Estimation très imprécise, fournie à titre indicatif seulement.

Le tableau 5 montre que les proportions des personnes désirant réduire leur poids en Outaouais et dans l'ensemble du Québec sont similaires. Environ quatre personnes sur cinq qui présentent un excès de poids disent vouloir maigrir. Par ailleurs, plus du tiers des personnes présentant un poids jugé acceptable selon leur IMC désirent quand même maigrir. La grande majorité des personnes présentant un poids insuffisant n'expriment pas le besoin de perdre du poids.

Tableau 6 - Désir de diminuer son poids selon le sexe, population de 15 ans et plus, Outaouais et Québec, 1998.

	% Outaouais 1998		% Québec 1998	
Désir de maigrir selon le sexe	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes

Les pourcentages indexés du même exposant sont significativement différents pour des intervalles de confiance à 95%.

Le désir de maigrir est beaucoup plus présent chez les femmes que chez les hommes, tant en Outaouais que dans l'ensemble du Québec (tableau 6). Par ailleurs, une proportion plus grande d'hommes et de femmes dans la région disent vouloir diminuer leur poids, ce qui n'est guère surprenant puisque l'excès de poids est beaucoup plus fréquent en Outaouais que dans l'ensemble du Québec.

Conclusion

La progression rapide de l'excès de poids dans la région de 1992 à 1998, de même que sa prévalence élevée comparativement à l'ensemble du Québec, constituent des faits saillants des résultats régionaux de l'enquête sociale et de santé 1998. L'excès de poids représente par ailleurs un problème de santé publique majeur en Amérique du nord et dans plusieurs autres pays occidentaux. L'épidémie non contrôlée à laquelle nous assistons actuellement contribuera au cours des prochaines années à une proportion croissante des maladies chroniques qui coûtent présentement le plus cher au système de santé : maladies cardiovasculaires, troubles ostéoarticulaires, cancers, diabète, etc.

Les déterminants les plus importants du problème sont connus : ce sont l'alimentation et l'activité physique. Compte tenu des changements importants observés au cours des dernières années dans le régime alimentaire nord-américain, de la progression effarante de la sédentarité et de la réduction globale de la dépense énergétique moyenne des individus, de l'apparition de plus en plus fréquente des problèmes d'obésité chez les enfants et de l'inefficacité notoire à long terme des régimes amaigrissants, les solutions efficaces se trouvent du côté de l'éducation, de la prévention et de la promotion de la santé et ne pourront être que globales et multisectorielles.

RÉGIE RÉGIONALE
DE LA SANTÉ ET DES
SERVICES SOCIAUX
DE L'OUTAOUAIS
DIRECTION DE LA SANTÉ PUBLIQUE

ENQUÊTE SANTÉ QUÉBEC

OUTAOUAIS

1 9 9 8

Les résultats régionaux de l'Enquête sociale et de santé 1998 sont publiés par la Direction de la Santé publique de la Régie régionale de la Santé et des Services sociaux de l'Outaouais.
Toute reproduction est autorisée à condition de mentionner la source.

ONT COLLABORÉ À CETTE PUBLICATION

Rédaction

Philippe Garvie
Jean-Pierre Courteau
Roger Girard
Santé Québec

Infographie

Sylvie Bélisle

Pour toute information relative au contenu de cette fiche ou pour obtenir d'autres numéros, veuillez communiquer avec :

Philippe Garvie
agent de recherche

Tél. : (819) 776-7660, poste 7476
Courriel : philippe_garvie@ssss.gouv.qc.ca

104, rue Lois
Hull (Québec) J8Y 3R7

Dépôt légal
Bibliothèque nationale du Québec
Bibliothèque nationale du Canada
ISBN : 2-920780-80-8

Fiches 9 et 10 de 29

Février 2002

ENQUÊTE SOCIALE ET DE SANTÉ

OUTAOUAIS
1 9 9 8

LES RÉSULTATS DE L'ENQUÊTE SOCIALE ET DE SANTÉ 1998 POUR LA RÉGION DE L'OUTAOUAIS SONT PUBLIÉS SOUS FORME DE FICHES, CHACUNE CORRESPONDANT À UN DES THÈMES DE L'ENQUÊTE.

NOS FICHES

Fiche 1 : Méthodes
Fiche 2 : Caractéristiques sociales et socioéconomiques
Fiche 3 : Usage du tabac
Fiche 4 : Consommation d'alcool
Fiche 5 : Consommation de drogues et autres substances psychoactives
Fiche 6 : Alimentation : perceptions, pratiques et insécurité alimentaire
Fiche 7 : Activité physique
Fiche 8 : Poids corporel
Fiche 9 : Comportements sexuels et utilisation du condom
Fiche 10 : Orientation sexuelle et santé
Fiche 11 : Divers comportements de santé propres aux femmes
Fiche 12 : Perception de l'état de santé
Fiche 13 : Problèmes de santé
Fiche 14 : Problèmes auditifs et problèmes visuels
Fiche 15 : Accidents avec blessures
Fiche 16 : Santé mentale
Fiche 17 : Idées suicidaires et parasuicides
Fiche 18 : Incapacité et limitation d'activités
Fiche 19 : Recours aux services des professionnels de la santé et des services sociaux
Fiche 20 : Recours aux hospitalisations, à la chirurgie d'un jour et aux services posthospitaliers
Fiche 21 : Recours au service Info-Santé CLSC
Fiche 22 : Consommation de médicaments
Fiche 23 : Vaccination contre la grippe
Fiche 24 : Famille et santé
Fiche 25 : Environnement de soutien
Fiche 26 : Travail et santé
Fiche 27 : Environnement psychosocial au travail
Fiche 28 : Couverture des frais de santé par un régime d'assurance privé
Fiche 29 : Spiritualité, religion et santé

Comportements sexuels, utilisation du condom, orientation sexuelle et santé

Introduction

L'*Enquête sociale et de santé* a innové en incluant pour la première fois en 1998 des questions sur la sexualité. Ces questions portent sur des aspects des comportements sexuels tels que l'âge à la première relation, le nombre, le type de partenaires et l'utilisation du condom. Santé Québec fait écho à une des préoccupations exprimées dans la *Politique de la santé et du bien-être*, qui soulignait la nécessité d'améliorer les connaissances sur les comportements sexuels des Québécois et des Québécoises. L'enquête s'inscrit également dans la démarche des *Priorités nationales de santé publique : 1997-2002*, qui proposait notamment la mise sur pied de programmes visant à renforcer les comportements sexuels sécuritaires. Dans cette perspective, *Priorités nationales* soulignait l'importance de mener des recherches afin de mieux comprendre l'influence de certains déterminants sur les comportements sexuels.

L'*Enquête sociale et de santé 1998* permet d'acquérir une meilleure connaissance des comportements et des groupes à risque au sein de la population générale québécoise, avec un regard plus approfondi sur les personnes hétérosexuelles. Un des objectifs de la présente fiche est de décrire certains aspects des comportements sexuels liés au risque de transmission des maladies transmises sexuellement (MTS) et du virus du sida (VIH) dans la population hétérosexuelle âgée de 15 ans et plus. La plupart des analyses portent sur les personnes qui ont déjà eu au moins une relation sexuelle avec pénétration.

Nous traiterons d'abord de l'âge à la première relation sexuelle avec pénétration au sein de l'ensemble de la population générale de 15 ans et plus, sans égard à l'orientation sexuelle. Les autres analyses se limiteront aux personnes ayant déjà eu des relations sexuelles avec pénétration, toujours sans égard à leur orientation sexuelle. Ces analyses porteront sur le nombre, le type de partenaires au cours d'une période de 12 mois et sur l'utilisation du condom lors de la dernière relation sexuelle. La dernière section de la fiche traitera de l'orientation sexuelle.

Aspects méthodologiques

Les informations rapportées ici proviennent de la section XVI du questionnaire auto administré (QAA) portant sur la sexualité. La section commence avec le préambule suivant : « Les prochaines questions sont délicates et parfois intimes, mais nous vous demandons d'y répondre parce que certains problèmes de santé importants sont reliés à la sexualité ». La première question « Avez-vous déjà eu des relations sexuelles ? » (QAA203) sert d'introduction à la section. Si la réponse est « oui », la personne poursuit en répondant aux deux questions suivantes : « Lorsque vous avez des relations sexuelles, est-ce toujours avec une personne de l'autre sexe ? Toujours avec une personne du même sexe ? Plus souvent avec une personne de l'autre sexe ? Plus souvent avec une personne du même sexe ? Aussi souvent avec une personne de l'un ou l'autre sexe ? » (QAA204) et « Avez-vous déjà eu une relation sexuelle avec pénétration ? » (QAA205). Ces deux questions servent à définir les populations de référence pour les différentes analyses qui seront présentées.

La question « À quel âge avez-vous eu votre première relation sexuelle avec pénétration ? » (QAA206) s'adresse à toutes les personnes âgées de 15 ans et plus, indépendamment de leur orientation sexuelle. Les questions 207 à 219 du QAA portent sur le nombre de partenaires au cours des 12 mois ayant précédé l'enquête, le type de relation entretenue avec le(s) partenaire(s), l'utilisation du condom lors de la dernière relation sexuelle ainsi que la fréquence d'utilisation du condom au cours des 12 derniers mois.

La question « Au cours des 12 derniers mois, avec combien de partenaires avez-vous eu des relations sexuelles avec pénétration ? » (QAA207) s'adresse également à toutes les personnes âgées de 15 ans et plus. Les personnes n'ayant déclaré aucun partenaire sont acheminées à la question QAA220 (les détails de cette dernière question sont présentés plus loin). Les autres sont classées en deux catégories : celles ayant déclaré avoir eu un seul partenaire au cours des 12 mois précédant l'enquête et celles ayant déclaré avoir eu plus d'un partenaire au cours de la même période.

La question « Ce partenaire était-il un partenaire régulier avec lequel vous viviez ? Un partenaire régulier avec lequel vous ne viviez pas ? Un partenaire occasionnel ? » (QAA208) s'intéresse aux personnes n'ayant eu qu'un seul partenaire. Elle permet de préciser le type de relation entretenue avec le partenaire au cours des 12 mois ayant précédé l'enquête. Les questions QAA211, QAA214 et QAA217 recherchent la même information mais pour les personnes ayant eu plus d'un partenaire au cours de la même période.

L'utilisation du condom est décrite à partir de deux indices. Le premier porte sur l'utilisation du condom lors de la dernière relation sexuelle et il est considéré comme le plus précis des deux. Le deuxième indice s'adressait aux personnes ayant eu un seul partenaire aussi bien qu'à celles ayant eu plus d'un partenaire, au cours des 12 mois précédant l'enquête. Le deuxième indice décrit la fréquence d'utilisation du condom au cours des 12 mois précédant l'enquête. Les réponses à ces questions ont été regroupées en trois catégories : (1) jamais, (2) à l'occasion ou fréquemment (qui englobe les réponses « rarement, occasionnellement, à peu près la moitié du temps et la plupart du temps ») et (3) toujours ou presque toujours.

Le taux de non-réponse partielle est inférieur à 5 % pour l'ensemble des questions, à l'exception des questions QAA211 (10 %), QAA214 (10 %) et QAA217 (11 %) destinées aux personnes ayant déclaré avoir eu plus d'un partenaire au cours des 12 mois précédant l'enquête. Quant à l'état matrimonial de fait, les répondants, particulièrement ceux ayant plus d'un partenaire, semblent avoir eu de la difficulté à se situer quant aux notions de « partenaire régulier avec lequel on vit » et de « partenaire régulier avec lequel on ne vit pas ».

Résultats

La croyance populaire veut que les jeunes commencent à être actifs sexuellement de plus en plus tôt. Les résultats de l'enquête démontrent qu'effectivement une plus grande proportion des jeunes d'aujourd'hui déclarent avoir été sexuellement actifs avant l'âge de 15 ans comparativement à leurs aînés (tableau 1). Il semble y avoir là un effet de cohorte suivant les tendances sociales observées en Occident depuis 20 ans ou 30 ans. Pour l'Outaouais, les données obtenues diffèrent de celles obtenues au niveau provincial. La proportion la plus élevée de personnes rapportant des relations sexuelles précoces se retrouve chez les 20-29 ans, 21,8 % dans l'Outaouais par rapport à 14,9 % au Québec. Cette différence n'est cependant pas statistiquement significative.

Tableau 1 - Proportion des personnes ayant eu leur première relation sexuelle avec pénétration avant l'âge de 15 ans, population de 15 ans et plus, Outaouais et Québec, 1998.

Âge actuel des personnes	% Outaouais 1998	% Québec 1998
15 à 19 ans	12,0 **	14,8
20 à 29 ans	21,0 *	14,0
30 à 39 ans	11,1 *	7,8
40 à 49 ans	2,6 **	4,0
50 ans et plus	2,9 **	2,3

* Estimation imprécise : à interpréter avec prudence.
** Estimation très imprécise : fournie à titre indicatif seulement.

En termes de transmission des MTS et du VIH, les relations sexuelles avec pénétration représentent un risque plus élevé que les relations sans pénétration. Comme on peut le constater dans le tableau 2, la proportion des personnes ayant déjà eu des relations sexuelles avec pénétration augmente avec l'âge. Selon les données de l'enquête, la très grande majorité des jeunes âgés de 15 à 24 ont déjà eu des relations sexuelles avec pénétration. À cet égard, il n'y a pas de différence significative entre la région de l'Outaouais et l'ensemble du Québec.

Tableau 2 - Proportion des personnes hétérosexuelles ayant déjà eu des relations sexuelles avec pénétration, population de 15 ans et plus, Outaouais et Québec, 1998.

Relations sexuelles avec pénétration	% Outaouais 1998	% Québec 1998
15 à 24 ans	87	95
25 à 44 ans	97	97
45 à 64 ans	99	98
65 ans et plus	100	98

Les profils de l'Outaouais et du Québec relativement au nombre de partenaires déclarés au cours des 12 mois ayant précédé l'enquête sont similaires. Près du tiers des jeunes de 15 à 24 ans rapportent avoir eu plus d'un partenaire sexuel au cours de la dernière année, mais cette situation est beaucoup moins fréquente à partir de 25 ans. Chez les personnes d'âge mûr, les relations sexuelles limitées à un seul partenaire régulier sont de loin les plus fréquentes. La majorité des personnes âgées de 65 ans et plus ont déclaré n'avoir eu aucun partenaire sexuel au cours des 12 mois précédant l'enquête.

Tableau 3 - Proportion des personnes hétérosexuelles de 15 ans et plus indiquant n'avoir eu aucun, un seul ou plus d'un partenaire sexuel au cours d'une période de 12 mois, selon l'âge, Outaouais et Québec, 1998.

	% Outaouais 1998			% Québec 1998		
Nombre de partenaires	Aucun	Un seul partenaire	Plus d'un partenaire	Aucun	Un seul partenaire	Plus d'un partenaire
15 à 24 ans	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
25 à 44 ans	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
45 à 64 ans	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
65 ans et plus	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]

* Estimation imprécise : à interpréter avec prudence.
** Estimation très imprécise : fournie à titre indicatif seulement.

On associe généralement les comportements sexuels à risque au fait d'avoir plus d'un partenaire. Toutefois, ce lien peut être trompeur car il ne permet pas de distinguer les relations sexuelles protégées - notamment par l'utilisation du condom - des relations sexuelles non protégées. Environ 50 % des résidants de l'Outaouais et 60 % des résidants du Québec ayant des partenaires multiples ont utilisé le condom lors de leur dernière relation sexuelle. Par ailleurs, la très grande majorité des personnes ayant un seul partenaire n'ont pas utilisé de condom lors de leur dernière relation, tant au Québec qu'en Outaouais. Les différences observées dans le tableau 4 entre l'Outaouais et le Québec ne sont pas assez importantes pour être interprétées avec certitude.

Tableau 4 - Proportion des personnes hétérosexuelles de 15 ans et plus ayant utilisé un condom lors de leur dernière relation sexuelle, selon le nombre de partenaires, Outaouais et Québec, 1998.

Utilisation du condom lors de la dernière relation	% Outaouais 1998	% Québec 1998
Partenaire unique		
Oui	11,9	13,9
Non	88,1	86,1
Partenaires multiples		
Oui	51,4	59,6
Non	48,6	40,4

Le fait de cohabiter ou non avec son partenaire et d'être un partenaire régulier ou occasionnel ont une certaine influence sur le comportement sexuel, notamment sur l'utilisation du condom. La très grande majorité des personnes ayant un partenaire régulier ou habitant avec leur partenaire n'ont pas

utilisé de condom lors de leur dernière relation sexuelle (tableau 5). Par contre, les partenaires réguliers qui n'habitent pas ensemble ont utilisé le condom dans une plus grande proportion. La majorité des personnes ayant déclaré avoir des partenaires occasionnels affirment avoir utilisé le condom lors de leur dernière relation sexuelle. Une fois de plus, les résultats observés pour le Québec et l'Outaouais sont similaires.

Tableau 5 - Proportion des personnes hétérosexuelles, ayant eu un seul partenaire sexuel et ayant utilisé un condom lors de la dernière relation sexuelle, selon le type de relation entretenue avec ce partenaire, population de 15 ans et plus, Outaouais et Québec, 1998.

Utilisation du condom selon le type de partenaire	% Outaouais 1998	% Québec 1998
Régulier avec cohabitation	5,5 *	9,6
Régulier sans cohabitation	26,6 *	31,3
Occasionnel	74,2 *	55,7

* Estimation imprécise ; à interpréter avec prudence.

Selon l'*Enquête sociale et de santé 1998*, la très grande majorité des personnes âgées de 15 ans et plus au Québec sont hétérosexuelles. Entre 2,5 % et 3 % des personnes se déclarent homosexuelles ou bisexuelles, tant au Québec qu'en Outaouais. Selon les experts, ces chiffres sous-estiment la véritable prévalence de l'homosexualité et de la bisexualité, en raison du biais de réponse induit par la discrimination dont font encore l'objet les personnes non hétérosexuelles dans notre société.

Conclusion

Il n'y a pas de différences importantes entre les comportements sexuels des résidants de l'Outaouais et ceux de l'ensemble des Québécois et des Québécoises âgés de 15 ans et plus. L'enquête révèle des tendances positives en ce qui a trait à la prévention du VIH et des autres MTS. L'utilisation du condom est beaucoup plus fréquente parmi les personnes ayant des partenaires sexuels multiples ou des partenaires occasionnels. Par contre ce sont les personnes « fidèles » à un seul partenaire qui ont davantage tendance à avoir des relations sexuelles non protégées.

L'on constate que les personnes âgées de moins de 30 ans aujourd'hui ont eu des relations sexuelles plus précoces que leurs aînés. Près du tiers des jeunes âgés de 15 à 24 ans disent avoir eu des relations sexuelles avec plus qu'un partenaire au cours de la dernière année, mais cette situation est beaucoup plus rare à partir de l'âge de 25 ans.

Nous aurions tort de considérer ces tendances favorables comme des indicateurs du succès absolu de nos campagnes de prévention. D'une part, comme le soulignent les experts de Santé Québec, les réponses concernant les comportements sexuels dans les enquêtes sont notoirement influencées par le phénomène de « désirabilité sociale ». D'autre part, une seule relation sexuelle non protégée avec une personne infectée suffit pour contracter la maladie. Dans une perspective de prévention, il apparaît essentiel de viser l'adoption de comportements sécuritaires, notamment dans les relations sexuelles à risque, et surtout dans les circonstances où le jugement des personnes est affecté par la prise de substances psychoactives (incluant l'alcool) et dans les situations où l'un des partenaires exerce sur l'autre une relation d'autorité ou de pouvoir.

RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX
DE L'OUTAOUAIS
DIRECTION DE LA SANTÉ PUBLIQUE

ENQUÊTE SANTÉ QUÉBEC
OUTAOUAIS
1 9 9 8

Les résultats régionaux de l'Enquête sociale et de santé 1998 sont publiés par la Direction de la Santé publique de la Régie régionale de la Santé et des Services sociaux de l'Outaouais. Toute reproduction est autorisée à condition de mentionner la source.

ONT COLLABORÉ À CETTE PUBLICATION

Rédaction:
Jean-Pierre Courteau, Philippe Garvie, Jacques Boissinot, Lucie Lemieux, Nicole Truchon, Santé Québec

Infographie:
Sylvie Bélisle

Pour toute information relative au contenu de cette fiche ou pour obtenir d'autres numéros, veuillez communiquer avec :
Philippe Garvie, agent de recherche
Tél. : (819) 776-7660, poste 7476
Courriel : Philippe_garvie@ssss.gouv.qc.ca
104, rue Lois, Hull (Québec) J8Y 3R7

Dépôt légal
Bibliothèque nationale du Québec - Bibliothèque nationale du Canada
ISBN : 2-920780-92-2

Février 2002

ENQUÊTE SOCIALE ET DE SANTÉ

OUTAOUAIS
1 9 9 8

LES RÉSULTATS DE L'ENQUÊTE SOCIALE ET DE SANTÉ 1998 POUR LA RÉGION DE L'OUTAOUAIS SONT PUBLIÉS SOUS FORME DE FICHES, CHACUNE CORRESPONDANT À UN DES THÈMES DE L'ENQUÊTE.

NOS FICHES

Fiche 1 : Méthodes
Fiche 2 : Caractéristiques sociales et socioéconomiques
Fiche 3 : Usage du tabac
Fiche 4 : Consommation d'alcool
Fiche 5 : Consommation de drogues et autres substances psychoactives
Fiche 6 : Alimentation : perceptions, pratiques et insécurité alimentaire
Fiche 7 : Activité physique
Fiche 8 : Poids corporel
Fiche 9 : Comportements sexuels et utilisation du condom
Fiche 10 : Orientation sexuelle et santé
Fiche 11 : Divers comportements de santé propres aux femmes
Fiche 12 : Perception de l'état de santé
Fiche 13 : Problèmes [illegible]
Fiche 14 : Problèmes d'ouïe et problèmes visuels
Fiche 15 : Accidents avec blessures
Fiche 16 : Santé [illegible]
Fiche 17 : Idées suicidaires et parasuicides
Fiche 18 : Incapacité et limitation d'activités
Fiche 19 : Recours aux services des professionnels de la santé et des services sociaux
Fiche 20 : Recours aux hospitalisations, à la chirurgie d'un jour et aux services posthospitaliers
Fiche 21 : Recours au service Info-Santé CLSC
Fiche 22 : Consommation de médicaments
Fiche 23 : Vaccination contre la grippe
Fiche 24 : Famille et santé
Fiche 25 : Environnement de soutien
Fiche 26 : Travail et santé
Fiche 27 : Environnement psychosocial au travail
Fiche 28 : Couverture des frais de santé par un régime d'assurance privé
Fiche 29 : Spiritualité, religion et santé

Divers comportements de santé propres aux femmes

Introduction

Les sujets relatifs aux comportements de santé propres aux femmes abordés ici sont : le dépistage du cancer du sein par l'auto-examen, l'examen clinique des seins, la mammographie, le dépistage du cancer du col de l'utérus par le frottis cytologique (test de *Papanicolaou* ou « *test Pap* »), la consommation de contraceptifs oraux et l'hormonothérapie substitutive après la ménopause.

Le cancer du sein est la forme de cancer qui entraîne le plus grand nombre de décès chez les femmes, après le cancer du poumon. Les données de Santé Canada indiquent qu'une femme sur neuf au Canada sera atteinte au cours de sa vie. Même si l'incidence du cancer du sein est en augmentation au Québec et au Canada, le dépistage précoce et l'amélioration de la survie des femmes atteintes ont permis une diminution de la mortalité depuis le début des années 90.

Le Québec, à l'instar des autres provinces canadiennes et de plusieurs pays développés, a choisi de mettre sur pied un programme de dépistage universel du cancer du sein destiné aux femmes âgées de 50 à 69 ans. Dans ce contexte, l'*Enquête sociale et de santé 1998* représente un outil privilégié d'évaluation de la couverture par mammographie chez les Québécoises visées par le programme ainsi que des pratiques préventives que sont l'examen clinique des seins et l'auto-examen des seins.

L'incidence du cancer du col de l'utérus au Canada a diminué au cours des dernières décennies, passant par exemple de 12,3 par 100 000 en 1985 à 9,2 par 100 000 en 1995. À ce jour, il existe deux moyens efficaces pour prévenir le cancer du col, soit l'adoption de pratiques sexuelles sécuritaires par les femmes et leurs partenaires sexuels et le dépistage au moyen du test *Pap*.

Les femmes sont susceptibles de consommer des hormones durant de longues périodes au cours de leur vie. Elles y ont recours pour éviter une grossesse, pour résoudre des problèmes gynécologiques ou de fertilité ou encore pour prévenir ou traiter les problèmes liés à la ménopause. L'*Enquête sociale et de santé* constitue la principale source de données permettant d'observer l'évolution du recours aux contraceptifs oraux et à l'hormonothérapie substitutive chez les femmes québécoises.

Fiche 11

Aspects méthodologiques

Toutes les informations contenues dans la présente fiche proviennent de la section XIII du questionnaire autoadministré (QAA) - « La santé des femmes » - , qui a été complétée par les répondantes âgées de 15 ans et plus. Les données suivantes ont été analysées pour décrire les comportements de santé propres aux femmes :

- la fréquence à laquelle les Québécoises pratiquent l'auto-examen des seins (QAA187) ;
- le temps écoulé depuis le dernier examen clinique des seins (QAA186) ;
- le temps écoulé depuis la dernière mammographie (QAA188 et QAA189) ;
- le temps écoulé depuis le dernier examen de dépistage du cancer du col de l'utérus (QAA185) ;
- la consommation de contraceptifs oraux (QAA190) ;
- le recours à l'hormonothérapie substitutive (QAA191 et QAA192).

La question QAA193 a permis d'identifier les femmes ménopausées ou en péri-ménopause, et la QAA184 a permis de déterminer le nombre de femmes enceintes. Ces dernières représentent pour l'ensemble du Québec environ 3 % des femmes âgées de 15 à 44 ans et 6 % des femmes dont l'âge se situe entre 20-34 ans spécifiquement. Il faut noter que les données portant sur les femmes enceintes sont incluses au dénominateur dans l'analyse de la consommation des contraceptifs oraux.

Il faut toutefois garder à l'esprit que les données recueillies s'appliquent à des comportements déclarés. La désirabilité sociale envers ces comportements peut donc avoir influencé les réponses obtenues. Par ailleurs, dans le cas des analyses propres aux femmes, la taille de l'échantillon n'est pas suffisante pour permettre des comparaisons détaillées entre l'Outaouais et le Québec, par groupes d'âge par exemple, ce qui limite l'interprétation des résultats.

Résultats

Dans l'ensemble, les données de l'Outaouais et du Québec concernant l'auto-examen des seins sont comparables. L'auto-examen est davantage pratiqué par les femmes âgées de 50 ans et plus même si la majorité des femmes n'y ont jamais recours ou très rarement (tableau 1). Par ailleurs, l'efficacité de l'auto-examen dans la prévention des décès dû au cancer du sein n'a jamais été démontrée. Il s'agit donc d'un comportement qui n'est pas essentiel dans la prévention du cancer du sein.

Tableau 1 - Proportion des femmes de 15 ans et plus ayant procédé, à diverses fréquences, à l'auto-examen des seins, selon l'âge, Outaouais et Québec, 1998.

	% Outaouais 1998			% Québec 1998		
Auto-examen des seins	15-39 ans	40-49 ans	50 ans +	15 -39 ans	40-49 ans	50 ans +

* Estimation imprécise : à interpréter avec prudence.
** Estimation très imprécise : fournie à titre indicatif seulement.

Contrairement à l'auto-examen, l'examen clinique des seins par un professionnel de la santé peut contribuer à réduire la mortalité par cancer du sein. Dans l'enquête 1998, ce comportement a été examiné en lien avec quelques variables, dont l'âge, le revenu et la scolarité. Les analyses démontrent que le revenu des femmes est le facteur le plus étroitement associé à la fréquence de l'examen clinique des seins. Dans l'ensemble, plus les femmes ont un revenu élevé, plus elles ont tendance à se plier à cet examen, tant en Outaouais que dans l'ensemble du Québec (tableau 2).

Tableau 2 - Temps écoulé depuis le dernier examen des seins par un professionnel de la santé en fonction du revenu, population féminine de 15 ans et plus, Outaouais et Québec, 1998.

	% Outaouais 1998			% Québec 1998		
Examen clinique des seins	Très pauvres/ pauvres	Moyen inférieur	Moyen sup./ supérieur	Très pauvres/ pauvres	Moyen inférieur	Moyen sup./ supérieur

* Estimation imprécise : à interpréter avec prudence.
** Estimation très imprécise : fournie à titre indicatif seulement.

La mammographie est utilisée depuis plus de quarante ans pour l'évaluation des nodules mammaires découverts à l'examen clinique et pour l'investigation des signes et symptômes mammaires en général (mammographie diagnostique). Cependant, ce n'est que depuis la fin des années 80 qu'il existe un large consensus sur l'utilisation de cet examen à des fins de dépistage du cancer du sein chez les femmes asymptomatiques (mammographie de dépistage). Le tableau 3 présente des données longitudinales qui nous renseignent sur la fréquence de la mammographie dans l'ensemble de la population féminine de 15 ans et plus. Il

s'agit ici d'examens diagnostiques et de dépistage confondus. La proportion des femmes de l'Outaouais n'ayant jamais subi de mammographie au cours de leur vie avait diminué de façon remarquable entre 1987 et 1992, quoiqu'elle soit demeurée stable entre les deux dernières enquêtes. Par ailleurs, cette proportion est significativement plus élevée dans l'Outaouais que dans l'ensemble du Québec (62,3 % comparativement à 55,5 %).

Tableau 3 - Temps écoulé depuis la dernière mammographie, population féminine de 15 ans et plus, Outaouais 1987, 1992-1993 et 1998, Québec 1998.

Temps écoulé depuis la dernière mammographie	% Outaouais 1987	% Outaouais 1992-93	% Outaouais 1998	% Québec 1998

Les pourcentages notés du même exposant sont significativement différents pour des intervalles de confiance à 95%.

Estimation imprécise : à interpréter avec prudence.

Bien que la mammographie puisse être indiquée à tout âge pour l'évaluation des lésions du sein, c'est à partir de l'âge de 50 ans que l'examen prend toute son importance dans le cadre d'un effort systématique de dépistage du cancer du sein. Bien que la mammographie de dépistage soit également offerte, sous certaines conditions, aux femmes âgées de 40 à 49 ans, son efficacité pour réduire la mortalité par cancer du sein dans ce groupe d'âge n'a pas été démontrée avec certitude. Le délai optimal entre deux mammographies de dépistage, en assumant que le premier examen est normal, est de 12 à 24 mois. Les données du tableau 4 démontrent que dans le groupe d'âge visé par le dépistage (50 ans et plus), moins de 60 % des femmes québécoises et des résidantes de l'Outaouais ont subi l'examen dans les délais prescrits, ce qui est nettement insuffisant. Statistique encore plus préoccupante, environ le quart des femmes âgées de 50 ans et plus déclarent n'avoir jamais subi de mammographie au cours de leur vie.

Tableau 4 - Temps écoulé depuis la dernière mammographie, selon l'âge, population féminine de 15 ans et plus, Outaouais et Québec, 1998.

	% Outaouais 1998			% Québec 1998		
	15-39 ans	40-49 ans	50 ans +	15-39 ans	40-49 ans	50 ans +
Mammographie						

Estimation imprécise : à interpréter avec prudence.

Estimation très imprécise : fournie à titre indicatif seulement.

L'utilisation régulière du test *Pap* est indiquée auprès de toute les femmes qui ont une vie sexuelle active, sauf chez celles qui ont subi une hystérectomie complète. Le dépistage du cancer du col utérin doit commencer dès que la femme commence à avoir des relations sexuelles et se poursuivre tout au long de sa vie. Le délai maximal entre deux frottis, si le premier ne démontre pas d'anomalies importantes, est de trois ans. L'intervalle recommandé sera plus court chez les femmes à risque élevé (qui ne représentent cependant qu'une très petite partie de la population) ou en présence de lésions nécessitant une surveillance clinique plus étroite.

Les résultats présentés aux tableaux 5 et 6 démontrent que la majorité des femmes de l'Outaouais ont subi un frottis cervical dans les délais recommandés en 1998. Cependant, à cause des intervalles choisis par Santé Québec, il est impossible d'évaluer avec exactitude la proportion des femmes rejointes à l'intérieur du délai normal prescrit de 3 ans. Il semble y avoir moins de tests *Pap* annuels qu'auparavant, ce qui concorde avec les recommandations des groupes de consensus qui les jugent inutiles à un intervalle aussi rapproché. La proportion des femmes qui subissent des frottis sur une base annuelle ou bisannuelle demeure trop élevée. À l'opposé, le nombre de femmes n'ayant jamais subi de test *Pap* au cours de leur vie est en augmentation.

L'observance au test *Pap* semble diminuer avec l'âge. Cette information est importante, puisque l'incidence la plus élevée de cancer du col utérin au Canada se retrouve chez les femmes de plus de 50 ans n'ayant jamais subi de frottis cervical. Enfin, il n'est pas exclu que les différences observées entre l'Outaouais et le Québec soient dues au hasard, l'échantillon régional étant très limité.

Tableau 5 - Temps écoulé depuis le dernier test *PAP*, population féminine de 15 ans et plus, Outaouais 1987, 1992-1993 et 1998, Québec 1998.

Temps écoulé depuis le dernier test *PAP*	% Outaouais 1987	% Outaouais 1992-93	% Outaouais 1998	% Québec 1998

Estimation imprécise : à interpréter avec prudence.

Estimation très imprécise : fournie à titre indicatif seulement.

Tableau 6 - Temps écoulé depuis le dernier test *Pap*, selon l'âge, population féminine de 15 ans et plus, Outaouais et Québec, 1998.

	% Outaouais 1998			% Québec 1998		
	15-39 ans	40-49 ans	50 ans +	15-39 ans	40-49 ans	50 ans +
Test *Pap*						

* Estimation imprécise : à interpréter avec prudence.
** Estimation très imprécise : fournie à titre indicatif seulement.

Les résultats de l'*Enquête sociale et de santé 1998* démontrent que les jeunes femmes sont les plus susceptibles d'avoir recours aux contraceptifs oraux. La consommation diminue de façon marquée après l'âge de 25 ans et est extrêmement rare après l'âge de 45 ans. La signification des différences observées entre l'Outaouais et l'ensemble du Québec à cet égard est incertaine.

Tableau 7 - Proportion des femmes de 15 ans et plus ayant recours à la pilule contraceptive, selon l'âge, Outaouais et Québec 1998.

	% Outaouais 1998	% Québec 1998
Contraceptifs oraux		

* Estimation imprécise : à interpréter avec prudence.
** Estimation très imprécise : fournie à titre indicatif seulement.

L'hormonothérapie substitutive est utilisée pour prévenir et traiter les symptômes et les effets de l'insuffisance d'œstrogènes chez les femmes ayant atteint la ménopause. Les données de l'enquête révèlent que 27,7 % des femmes âgées de 45 à 54 ans en Outaouais ont eu recours à l'hormonothérapie en 1998, comparativement à 35,5 % des femmes du même groupe d'âge dans l'ensemble de la province. Cette différence n'est pas significative sur le plan statistique.

Conclusion

Les renseignements les plus importants contenus dans cette fiche concernent la mammographie et le test *Pap*. Ces deux examens sont les seuls, parmi la panoplie de tests disponibles pour la détection des cancers, qui permettent de sauver des vies chez les femmes ne présentant aucun signe ou symptôme de ces maladies. Pour être efficaces cependant, ces tests doivent être pratiqués chez les femmes de groupes d'âge déterminés et à des intervalles appropriés.

Les questions de l'*Enquête sociale et de santé* ne font pas de distinction entre la mammographie de dépistage de la mammographie diagnostique. Cela dit, même en supposant que toutes les mammographies rapportées par les femmes âgées de 50 ans et plus étaient des examens de dépistage, la proportion de ces femmes ayant subi cet examen dans les délais prescrits demeure nettement insuffisante. L'atteinte des objectifs de la *Politique de la santé et du bien-être* dépend en effet d'une participation d'au moins 70 % des femmes de la population cible (50 à 69 ans) à un programme de dépistage du cancer du sein comprenant une mammographie à tous les deux ans. Or, plus du quart des femmes âgées de 50 ans et plus en Outaouais disent n'avoir jamais subi de mammographie de leur vie ! Des efforts supplémentaires devront donc être consentis pour augmenter la participation des femmes au *Programme québécois de dépistage du cancer du sein*, notamment en assurant une meilleure accessibilité à la mammographie dans l'ensemble des territoires de la région.

La proportion des femmes qui disent avoir subi un test de *Papanicolaou* au cours de leur vie est demeurée sensiblement la même depuis 15 ans au Québec et en Outaouais. Environ 15 % des femmes disent n'avoir jamais subi le test. Les recommandations faites par différents groupes d'experts au cours des dernières années ont mis en évidence un double problème dans l'utilisation du test *Pap* : d'une part, le test est employé trop fréquemment chez un grand nombre de femmes, entraînant un gaspillage de ressources, et d'autre part le test est abandonné trop fréquemment chez les femmes plus âgées et sous-utilisé chez les femmes de milieux socio-économiques défavorisés. Les tendances observées entre les enquêtes successives de Santé Québec permettent de croire que le nombre de tests inutiles diminue, mais qu'il est sans doute encore beaucoup trop élevé. Par ailleurs, les femmes âgées de 50 ans et plus et les femmes pauvres sont encore celles qui sont les moins susceptibles de subir cet examen.

ENQUÊTE SANTÉ QUÉBEC OUTAOUAIS 1998

Les résultats régionaux de l'Enquête sociale et de santé 1998 sont publiés par la Direction de la Santé publique de la Régie régionale de la Santé et des Services sociaux de l'Outaouais. Toute reproduction est autorisée à condition de mentionner la source.

Rédaction : Jean-Pierre Courtéau, Philippe Garvie, Lise Émond, Lucie Lemieux, Nicole Truchon, Santé Québec
Infographie : Sylvie Bélisle

Pour toute information relative au contenu de cette fiche ou pour obtenir d'autres numéros, veuillez communiquer avec : Philippe Garvie, agent de recherche

Tél. : (819) 776-7660, poste 7475 ; Courriel : philippe.garvie@ssss.gouv.qc.ca
104, rue Lois, Hull (Québec) J8Y 3R7

Dépôt légal
Bibliothèque nationale du Québec - Bibliothèque nationale du Canada
ISBN : 2-920750-64-0

RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE L'OUTAOUAIS
DIRECTION DE LA SANTÉ PUBLIQUE

Février 2002

ENQUÊTE SOCIALE ET DE SANTÉ

OUTAOUAIS
1 9 9 8

LES RÉSULTATS DE L'ENQUÊTE SOCIALE ET DE SANTÉ 1998 POUR LA RÉGION DE L'OUTAOUAIS SONT PUBLIÉS SOUS FORME DE FICHES, CHACUNE CORRESPONDANT À UN DES THÈMES DE L'ENQUÊTE.

NOS FICHES

Fiche 1 : Méthodes
Fiche 2 : Caractéristiques sociales et socioéconomiques
Fiche 3 : Usage du tabac
Fiche 4 : Consommation d'alcool
Fiche 5 : Consommation de drogues et autres substances psychoactives
Fiche 6 : Alimentation : perceptions, pratiques et insécurité alimentaire
Fiche 7 : Activité physique
Fiche 8 : Poids corporel
Fiche 9 : Comportements sexuels et utilisation du condom
Fiche 10 : Orientation sexuelle et santé
Fiche 11 : Divers problèmes de santé propres aux femmes
Fiche 12 : Perception de l'état de santé
Fiche 13 : Problèmes de santé physique
Fiche 14 : Problèmes de santé et problèmes visuels
Fiche 15 : Arthrose et arthrite
Fiche 16 : Santé mentale
Fiche 17 : Idées suicidaires et tentatives de suicide
Fiche 18 : Incapacité et limitation d'activités
Fiche 19 : Recours aux services des professionnels de la santé et des services sociaux
Fiche 20 : Recours aux hospitalisations, à la chirurgie d'un jour et aux services posthospitaliers
Fiche 21 : Recours au service Info-Santé CLSC
Fiche 22 : Consommation de médicaments
Fiche 23 : Vaccination contre la grippe
Fiche 24 : Famille et santé
Fiche 25 : Environnement de soutien
Fiche 26 : Travail et santé
Fiche 27 : Environnement psychosocial au travail
Fiche 28 : Couverture des frais de santé par un régime d'assurance privé
Fiche 29 : Spiritualité, religion et santé

Perception de l'état de santé

Introduction

La perception ou l'auto-évaluation de l'état de santé constitue un indicateur important de l'état de santé de la population. Elle reflète l'appréciation globale que l'individu fait de son propre état de santé en intégrant des aspects objectifs et subjectifs, notamment ses connaissances et son expérience de la santé ou de la maladie.

Les études montrent que la majorité des gens associent surtout la santé à des facteurs physiques, biologiques et physiologiques, tels que la présence ou non de problèmes de santé ou de maladies, la capacité fonctionnelle (notamment la mobilité), la condition physique en général et, dans une moindre mesure, à l'état de santé mentale et sociale. Les jeunes, moins touchés par la maladie, se réfèrent surtout à leurs comportements ou à leurs habitudes de vie (tabagisme, sédentarité) dans l'auto-évaluation de leur état de santé. La perception des personnes plus âgées est davantage basée sur la présence ou l'absence de problèmes de santé. Les caractéristiques sociodémographiques, comme l'âge, la scolarité et le revenu influencent également la perception de l'état de santé.

Aspects méthodologiques

Des questions sur la perception de l'état de santé sont maintenant intégrées à la plupart des enquêtes. La question 1 du questionnaire autoadministré de l'Enquête sociale et de santé 1998 se lit comme suit : « Comparativement à d'autres personnes de votre âge, diriez-vous que votre santé est en général excellente, très bonne, bonne, moyenne ou mauvaise ? » Cette formulation est la même que celle utilisée lors des enquêtes de 1987 et de 1992-1993 de Santé Québec, ce qui facilite les comparaisons dans le temps. Dans le but de simplifier la transmission des résultats, nous parlerons dans cette fiche de « perception positive de l'état de santé » pour regrouper les catégories « excellente », « très bonne » et « bonne ».

Fiche 12

Résultats

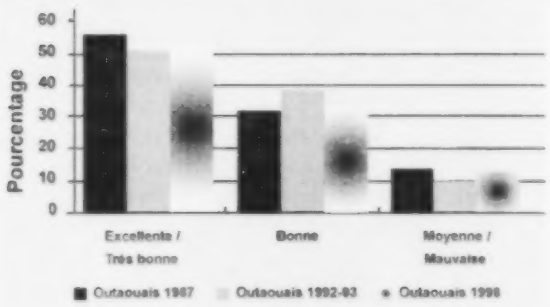
Les résultats obtenus dans l'Outaouais et dans l'ensemble du Québec sont similaires en ce qui a trait à la perception de l'état de santé (tableau 1). La très grande majorité de la population (89 % au Québec, 87 % en Outaouais) évalue son état de santé d'une façon positive en 1998. Il y a eu très peu de changement en Outaouais dans la perception de l'état de santé depuis l'enquête de 1987. Environ 13 % des résidants de la région évaluent toujours leur état de santé comme « moyen » ou « mauvais » en 1998 (figure 1).

Tableau 1 - Perception de l'état de santé, population de 15 ans et plus, Outaouais 1987, 1992-1993 et 1998, Québec 1998.

Perception de l'état de santé	% Outaouais 1987	% Outaouais 1992-93	% Outaouais 1998	% Québec 1998
Excellente / Très bonne				
Bonne				
Moyenne / Mauvaise				

Les pourcentages indexés du même exposant sont significativement différents pour des intervalles de confiance à 95%.

Figure 1 - Perception de l'état de santé, Outaouais 1987, 1992-1993, 1998.



En général, la proportion des personnes qui ont une perception positive de leur état de santé diminue avec l'âge (tableau 2). Jusqu'à 65 ans, plus de 85 % des personnes évaluent leur état de santé de façon positive, mais cette proportion chute rapidement parmi les personnes plus âgées. Les proportions observées dans les différents groupes d'âge en Outaouais et dans l'ensemble de la province sont similaires.

Tableau 2 - Perception positive de l'état de santé (%), Outaouais 1987, 1992-1993 et 1998, Québec 1998.

Âge	% Outaouais 1987	% Outaouais 1992-93	% Outaouais 1998	% Québec 1998
15-24 ans				
25-44 ans				
45-64 ans				
65 ans et plus				

L'état de santé perçu est associé à la scolarité relative et au revenu, comme l'indiquent les résultats présentés au tableau 3. Les personnes les moins scolarisées sont proportionnellement moins nombreuses à se déclarer en excellente, en très bonne ou en bonne santé. Les personnes appartenant à la catégorie supérieure de revenu sont plus nombreuses à évaluer leur santé de façon positive que les personnes classées comme étant pauvres ou ayant un revenu moyen inférieur. Il n'existe pas de différences significatives entre l'Outaouais et l'ensemble du Québec à cet égard.

Tableau 3 - Perception de l'état de santé selon la scolarité relative et le revenu, population de 15 ans et plus, Outaouais et Québec, 1998.

Variables	% Outaouais 1998	% Québec 1998
Scolarité relative		
Faible		
Élevée		
Niveau de revenu		
Pauvre / Faible		
Moyen inférieur		
Moyen supérieur / Supérieur		

La perception de l'état de santé varie aussi selon le degré de satisfaction quant à la vie sociale et le niveau de soutien social perçu (tableau 4). Les personnes déclarant un faible niveau de soutien social évaluent leur santé d'une façon moins positive que les personnes rapportant un meilleur soutien de leur entourage. La différence est encore plus marquée lorsque la satisfaction quant à la vie sociale est utilisée comme base de comparaison. Il n'existe pas de différences significatives entre les proportions observées en Outaouais et celles observées dans l'ensemble du Québec.

Tableau 4 - Perception de l'état de santé selon la satisfaction quant à la vie sociale et l'indice de soutien social, population de 15 ans et plus, Outaouais et Québec, 1998.

Variables	% Outaouais 1998	% Québec 1998
Satisfaction quant à la vie sociale		
Indice de soutien social		

La pratique d'activités physiques de loisir, le poids corporel et le tabagisme sont étroitement associés à la perception de l'état de santé. Dans l'ensemble, les non fumeurs (c'est-à-dire les personnes qui n'ont jamais fumé et les anciens fumeurs) se considèrent en meilleure santé que les personnes qui fument régulièrement (tableau 5). L'écart est relativement important entre ces deux catégories puisque, tous âges confondus, 89 % des non fumeurs évaluent leur état de santé de façon positive, comparativement à 83 % des fumeurs réguliers (données agrégées non présentées).

La perception de l'état de santé varie également en fonction de l'indice de masse corporelle. Les données présentées dans le tableau 5 démontrent qu'une plus grande proportion de personnes ayant un poids acceptable indiquent avoir une perception positive de leur état de santé comparativement aux personnes ayant un poids insuffisant ou un excès de poids.

Chez les personnes les plus actives, c'est-à-dire celles qui pratiquent des activités physiques de loisir au moins trois fois par semaine, on retrouve proportionnellement plus de personnes qui ont une perception positive de leur santé que chez les personnes moins actives ou sédentaires.

Il n'y a pas de différences significatives entre les proportions de l'Outaouais et les proportions observées pour le Québec dans l'ensemble du tableau 5.

Tableau 5 - Perception de l'état de santé selon le type de fumeurs, l'indice de masse corporelle et la fréquence d'activités physiques de loisir, population de 15 ans et plus, Outaouais et Québec, 1998.

Variables	% Outaouais 1998	% Québec 1998
Type de fumeurs		
Indice de masse corporelle (IMC)		
Fréquence d'activités physiques de loisir		

Conclusion

Bien qu'ayant une consonance subjective, l'auto-perception de son état de santé est un indicateur fiable et valide de l'état de santé, notamment parce qu'elle est remarquablement bien corrélée avec de multiples indicateurs représentant des dimensions spécifiques de la santé, notamment la consommation de médicaments et l'utilisation de soins et de services de santé.

En général, la population de l'Outaouais diffère peu de celle de l'ensemble du Québec en ce qui a trait à l'auto-évaluation de l'état de santé.

La distribution des résidants de l'Outaouais selon la perception qu'ils ont de leur santé est aussi demeurée identique à ce qu'elle était en 1987. Plus de 85 % des personnes habitant en Outaouais considèrent toujours que leur état de santé est bon, très bon ou excellent.

Le vieillissement influence négativement la perception de l'état de santé, surtout à partir de l'âge de 65 ans, alors que l'incidence des maladies chroniques augmente rapidement dans la population. Les personnes plus scolarisées et celles qui ont un meilleur revenu se perçoivent généralement en meilleure santé. Cette tendance n'est pas surprenante puisque les personnes favorisées sur le plan socio-économique rapportent également de meilleures habitudes de vie et moins de problèmes de santé. Elles présentent aussi dans tous les groupes d'âge des taux de mortalité sensiblement inférieurs à ceux des personnes pauvres et peu scolarisées.

Les personnes qui ne fument pas, qui font de l'activité physique et qui présentent un poids santé évaluent plus positivement leur état de santé. La signification de ces résultats diffère cependant en fonction de l'âge. Chez les jeunes, moins touchés par la maladie, les habitudes de vie favorables sont en elles-mêmes prédictives d'une meilleure perception de leur état de santé. Chez les personnes plus âgées, les habitudes de vie courantes ont moins d'importance dans cette perception. Par contre, il existe une association entre les habitudes de vie et la présence de maladies chroniques, laquelle influence fortement la perception de l'état de santé des personnes plus âgées.

L'auto-perception de l'état de santé est également influencée, quoique à un degré moindre, par le degré de soutien de la part de l'entourage et par la satisfaction quant à la vie sociale. Ces caractéristiques ont elles-mêmes été reliées, dans plusieurs études récentes, non seulement à un meilleur état de santé mentale, mais aussi à une incidence plus faible de problèmes de santé physique (hypertension, maladies cardiaques, diabète, etc.) et d'incapacités. ■

RÉGIE RÉGIONALE
DE LA SANTÉ ET DES
SERVICES SOCIAUX
DE L'OUTAOUAIS
DIRECTION DE LA SANTÉ PUBLIQUE

ENQUÊTE SANTÉ QUÉBEC

OUTAOUAIS

1 9 9 8

Les résultats régionaux de l'Enquête sociale et de santé 1998 sont publiés par la Direction de la Santé publique de la Régie régionale de la Santé et des Services sociaux de l'Outaouais.

Toute reproduction est autorisée à condition de mentionner la source.

ONT COLLABORÉ À CETTE PUBLICATION

Rédaction
Philippe Garvie
Jean-Pierre Courteau
Normand Trempe
Santé Québec

Infographie
Sylvie Bélisle

Pour toute information relative au contenu de cette fiche ou pour obtenir d'autres numéros, veuillez communiquer avec :

Philippe Garvie
agent de recherche

Tél. : (819) 776-7660, poste 7476
Courriel : philippe_garvie@ssss.gouv.qc.ca

104, rue Lois
Hull (Québec) J8Y 3R7

Dépôt légal
Bibliothèque nationale du Québec
Bibliothèque nationale du Canada
ISBN : 2-920780-87-5

Février 2002

ENQUÊTE SOCIALE ET DE SANTÉ

OUTAOUAIS
1 9 9 8

LES RÉSULTATS DE L'ENQUÊTE SOCIALE ET DE SANTÉ 1998 POUR LA RÉGION DE L'OUTAOUAIS SONT PUBLIÉS SOUS FORME DE FICHES, CHACUNE CORRESPONDANT À UN DES THÈMES DE L'ENQUÊTE.

NOS FICHES

Fiche 1 : Méthodes
Fiche 2 : Caractéristiques sociales et socioéconomiques
Fiche 3 : Usage du tabac
Fiche 4 : Consommation d'alcool
Fiche 5 : Consommation de drogues et autres substances psychoactives
Fiche 6 : Alimentation : perceptions, pratiques et insécurité alimentaire
Fiche 7 : Activité physique
Fiche 8 : Poids corporel
Fiche 9 : Comportements sexuels et utilisation du condom
Fiche 10 : Orientation sexuelle et santé
Fiche 11 : Divers comportements de santé propres aux femmes
Fiche 12 : Perception générale de santé
Fiche 13 : Problèmes de santé
Fiche 14 : Problèmes auditifs et problèmes visuels
Fiche 15 : Accidents et blessures
Fiche 16 : Santé mentale
Fiche 17 : Idées suicidaires et parasuicides
Fiche 18 : Incapacité et limitation d'activités
Fiche 19 : Recours aux services des professionnels de la santé et des services sociaux
Fiche 20 : Recours aux hospitalisations, à la chirurgie d'un jour et aux services posthospitaliers
Fiche 21 : Recours au service Info-Santé CLSC
Fiche 22 : Consommation de médicaments
Fiche 23 : Vaccination contre la grippe
Fiche 24 : Famille et santé
Fiche 25 : Environnement de soutien
Fiche 26 : Travail et santé
Fiche 27 : Environnement psychosocial au travail
Fiche 28 : Couverture des frais de santé par un régime d'assurance privé
Fiche 29 : Spiritualité, religion et santé

Problèmes de santé

Introduction

Ce volet de l'*Enquête sociale et de santé 1998* s'intéresse à la « morbidité subjective », c'est-à-dire aux problèmes de santé ressentis ou perçus par les Québécois et les Québécoises. Les données de l'enquête permettent d'estimer la proportion de la population ayant déclaré des problèmes de santé et d'évaluer la nature de ces problèmes. Comme nous ne possédons pas de données régionales provenant des enquêtes antérieures de Santé Québec, il ne sera pas possible d'étudier l'évolution de ces phénomènes dans l'Outaouais. Par contre, les résultats régionaux obtenus en 1998 seront systématiquement comparés à ceux de l'ensemble du Québec.

Cette fiche présente une analyse sommaire de la fréquence et de la durée des problèmes de santé déclarés par les résidants de l'Outaouais dans leur ensemble, ainsi que par groupes d'âge et par sexe. Elle comporte aussi une estimation de la prévalence des principaux types de problèmes de santé rapportés par l'ensemble de la population.

Aspects méthodologiques

La méthodologie sous-tendant la collecte des données sur les problèmes de santé est sensiblement la même que celle utilisée lors de l'enquête *Santé Canada 1978*. Elle consiste à réunir, pour chaque répondant, les problèmes déclarés à six sections du questionnaire rempli par l'intervieweur (QRI). Il s'agit des sections portant sur les problèmes à l'origine de l'incapacité de courte durée au cours des deux semaines ayant précédé l'enquête (section I) et de la limitation des activités à long terme (section II), sur les raisons de consultation d'un professionnel de la santé au cours d'une période de deux semaines (section III) et de consommation de médicaments au cours d'une période de deux jours (section IV), sur la survenue d'accidents avec blessures au cours d'une période de douze mois (section V) et sur la présence de problèmes de santé chroniques ou de longue durée (section VI).

Dans l'ensemble, les problèmes déclarés peuvent être des maladies, des affections de courte ou de longue durée ou simplement des symptômes. Tous les problèmes mentionnés par le répondant sont repris à la section IX et, pour chacun, on demande : a) depuis quand le problème existe; b) si le problème a été confirmé par un médecin; et c) si la personne a consulté quelqu'un pour le problème. Mentionnons au passage que dans environ 80 % des cas, les problèmes déclarés auraient été confirmés par un médecin.

Chaque problème déclaré a été codé selon la 9e révision de la Classification internationale des maladies (CIM-9). Les codes correspondant à des examens (prévention, dépistage, diagnostic, etc.) ont été exclus de l'analyse. En prenant comme base les regroupements de la CIM-9 et la fréquence observée, les problèmes (codes) déclarés ont été classifiés en 31 catégories, incluant une catégorie « autres » qui regroupait les problèmes les plus rares.

La « prévalence des problèmes de santé » est définie comme étant la proportion de la population totale, de la population du même sexe ou de la population du même groupe d'âge qui déclare au moins un problème de santé. Deux autres indicateurs sont également utilisés. Le premier, qui porte sur le nombre de problèmes, comprend trois catégories, correspondant aux proportions respectives de la population n'ayant déclaré « aucun problème de santé », ayant déclaré « un problème » et ayant déclaré « deux problèmes ou plus ». Le second indicateur s'intéresse à la durée des problèmes déclarés. Les personnes ayant des problèmes de « longue durée » sont celles qui, à la section VI (problèmes de longue durée), ont répondu avoir au moins un problème ou qui, à la section IX, ont répondu avoir un problème d'une durée de six mois et plus. Les personnes ayant des problèmes de courte durée sont celles qui ont déclaré des problèmes non classés comme étant de longue durée.

Compilés à partir du QRI, les problèmes de santé sont rapportés en grande partie par une tierce personne. Une sous-estimation de la prévalence de certains problèmes est donc possible. Les maladies transmises sexuellement par exemple, à cause de leur nature intime et parce qu'elles ne sont pas habituellement connues par un tiers, sont probablement sous-déclarées.

Résultats

Les résultats de l'Outaouais, en ce qui a trait à la morbidité subjective, sont significativement moins bons que ceux obtenus dans l'ensemble du Québec. Comme on le voit dans le tableau 1, seulement 31 % de la population de la région indique n'avoir aucun problème de santé, comparativement à 36 % de la population québécoise. À l'inverse, près de 45 % des résidants de la région indiquent avoir plus d'un problème de santé, comparativement à 39 % des résidants du Québec.

Tableau 1 - Nombre de problèmes de santé, Outaouais et Québec, 1998.

Nombre de problèmes de santé	% Outaouais 1998	% Québec 1998
Aucun problème	31,3[1]	36,0[1]
Un problème	24,1	24,7
Plus d'un problème	44,7[2]	39,3[2]

Les pourcentages indexés du même exposant sont significativement différents pour des intervalles de confiance à 95%.

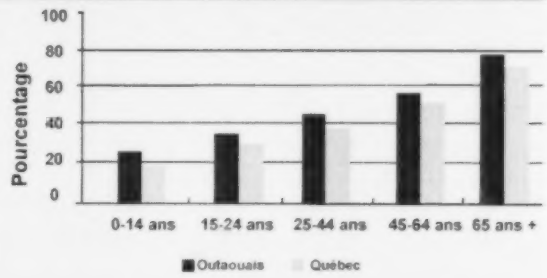
Le fait d'avoir plus d'un problème de santé est étroitement lié à l'âge des individus, comme nous le font voir le tableau 2 et la figure 1. Alors que le quart des personnes âgées de 0 à 14 ans déclarent plus d'un problème de santé, les trois quarts des personnes de 65 ans et plus en font autant. La proportion de personnes qui indiquent avoir plus d'un problème de santé est systématiquement plus élevée en Outaouais que dans l'ensemble du Québec, quel que soit le groupe d'âge considéré. Les différences sont statistiquement significatives chez les 0 à 14 ans et chez les 25 à 44 ans.

Tableau 2 - Proportion de la population ayant indiqué avoir plus d'un problème de santé, selon l'âge, Outaouais et Québec, 1998.

Plus d'un problème de santé	% Outaouais 1998	% Québec 1998
0 à 14 ans	25,3[1]	35,0[1]
15 à 24 ans	34,2	34,1
25 à 44 ans	44,8[2]	41,0[2]
45 à 64 ans	60,7	58,1
65 ans et plus	75,1	71,1

Les pourcentages indexés du même exposant sont significativement différents pour des intervalles de confiance à 95%.

Figure 1 - Proportion de la population ayant indiqué avoir plus d'un problème de santé, Outaouais et Québec, 1998.



En général, une plus forte proportion de femmes que d'hommes a déclaré plus d'un problème de santé (tableau 3). Par ailleurs, le profil défavorable des résidants de l'Outaouais par rapport à ceux du Québec est observé autant chez les hommes que chez les femmes. L'écart est cependant proportionnellement plus important chez les hommes.

Tableau 3 - Proportion de la population ayant indiqué avoir plus d'un problème de santé, selon le sexe, Outaouais et Québec, 1998.

Plus d'un problème de santé	% Outaouais 1998	% Québec 1998
Hommes		
Femmes		

Les pourcentages indexés du même exposant sont significativement différents pour des intervalles de confiance à 95%.

Les personnes présentant plus d'un problème de santé de longue durée sont proportionnellement plus nombreuses en Outaouais que dans l'ensemble du Québec (tableau 4). Par contre, il y a peu de différence avec le Québec en ce qui concerne la fréquence de déclaration d'un seul problème de santé, qu'il soit de courte ou de longue durée.

Tableau 4 - Proportion de la population ayant indiqué avoir un problème de courte durée, un problème de longue durée ou plus d'un problème de longue durée, Outaouais et Québec, 1998.

Durée du problème de santé	% Outaouais 1998	% Québec 1998
Problème de courte durée seulement		
Un problème de longue durée		
Plus d'un problème de longue durée		

Les pourcentages indexés du même exposant sont significativement différents pour des intervalles de confiance à 95%.

Les six problèmes de santé les plus fréquents en Outaouais et dans l'ensemble du Québec sont les allergies (autres que les allergies cutanées et la rhinite allergique), les maux de tête, l'arthrite et/ou le rhumatisme, les accidents avec blessures, les allergies cutanées et la rhinite allergique. Tous ces problèmes, sauf la rhinite allergique, touchent proportionnellement plus de résidants de la région que dans l'ensemble du Québec. Par ailleurs, les fréquences relatives des problèmes rapportés dans l'*Enquête sociale et de santé 1998* sont similaires à celles observées dans d'autres enquêtes nord-américaines.

Le chapitre 13 du rapport provincial présente des résultats par groupe d'âge et de sexe qui s'appliquent probablement à notre échantillon régional. Ainsi, les maux de tête semblent surtout affecter les femmes appartenant au groupe d'âge des 25 à 44 ans, tandis que les allergies sont plus fréquentes chez les personnes plus jeunes, soit les 0-14 ans et les 15-24 ans. Dans l'ensemble, les accidents avec blessures sont plus fréquents chez les hommes de 15 à 64 ans, alors que l'arthrite et les rhumatismes touchent surtout les personnes âgées et environ deux fois plus de femmes que d'hommes.

Nous n'avons malheureusement pas de données longitudinales permettant de suivre l'évolution de ces différents problèmes de santé en Outaouais. Il faut donc s'en remettre encore une fois au rapport provincial, qui fait état de l'évolution de ces problèmes de santé depuis 1987. Entre 1987 et 1998, les proportions des personnes qui présentent des maux de tête, des allergies, une rhinite allergique et une hypertension artérielle ont toutes augmenté de façon significative dans l'ensemble de la population québécoise.

On retrouve également dans le rapport provincial des analyses qui indiquent que certaines caractéristiques socio-économiques ont une influence importante sur la fréquence et la durée des problèmes de santé déclarés. S'il ne semble pas y avoir de variations du nombre et de la durée des problèmes selon le niveau de scolarité, les personnes ayant un meilleur niveau de revenu, appartenant à une catégorie professionnelle favorisée ou possédant un emploi stable présentent moins de problèmes de santé en général et moins de problèmes de santé chroniques.

Tableau 5 - Prévalence des problèmes de santé (par ordre alphabétique), population totale, Outaouais et Québec, 1998.

Problèmes de santé	% Outaouais 1998	% Québec 1998
Allergies cutanées	11,0*	9,1
Arthrite / rhumatisme	12,9	11,8
Asthme	8,5	5,6
Autres affections respiratoires	5,9	5,4
Autres allergies	5,5*	10,3*
Autres maladies du cœur	2,7*	3,1
Bronchite / emphysème	2,2*	2,3
Diabète	3,0*	3,6
Goitre	0,2	0,7
Hypercholestérolémie	2,9*	2,6
Hypertension artérielle	8,3	6,5
Accidents avec blessures	11,0*	7,6
Maladies cardiaques	5,1	4,6
Maladies de l'oeil	4,4	4,0
Maux de dos	10,3	10,2
Maux de tête	13,9*	11,6*
Troubles de la ménopause ou de la préménopause	3,4*	3,7
Rhinite allergique	5,5	5,4
Troubles de la thyroïde	3,9	3,7
Troubles digestifs fonctionnels	5,5	5,0
Troubles mentaux	5,2	4,3

Les pourcentages indexés du même exposant sont significativement différents pour des intervalles de confiance à 95%.

* Estimation imprécise : à interpréter avec prudence.

Conclusion

Dans l'ensemble, les données régionales concernant la morbidité déclarée suggèrent que les résidants de l'Outaouais présentent significativement plus de problèmes de santé, et de problèmes chroniques en particulier, que la moyenne des Québécois. Il s'agit d'une tendance manifeste chez les deux sexes et dans tous les groupes d'âge. Le nombre d'événements le permettant, la tendance se vérifie sur le plan statistique pour les types de problèmes déclarés le plus fréquemment, mais elle s'étend vraisemblablement à une vaste gamme de problèmes de santé, incluant ceux qui ont le plus de conséquences sur la santé de la population et sur la consommation de soins et de services.

Ces résultats ne sont pas surprenants dans la mesure où l'Outaouais présente, depuis au moins 25 ans, des indicateurs de mortalité défavorables en lien avec de nombreuses maladies, blessures et causes de décès. Un tel profil suggère l'influence de facteurs globaux et systémiques, notamment d'ordre socio-économique et culturel, en conjonction avec les facteurs biologiques, comportementaux et environnementaux traditionnels qui expliquent généralement les écarts de santé entre les populations. ■

RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE L'OUTAOUAIS
DIRECTION DE LA SANTÉ PUBLIQUE

ENQUÊTE SANTÉ QUÉBEC

OUTAOUAIS

1 9 9 8

Les résultats régionaux de l'Enquête sociale et de santé 1998 sont publiés par la Direction de la Santé publique de la Régie régionale de la Santé et des Services sociaux de l'Outaouais.
Toute reproduction est autorisée à condition de mentionner la source.

ONT COLLABORÉ À CETTE PUBLICATION

Rédaction
Philippe Garvie
Jean-Pierre Courteau
Normand Trempe
Santé Québec

Infographie
Sylvie Bélisle

Pour toute information relative au contenu de cette fiche ou pour obtenir d'autres numéros, veuillez communiquer avec :

Philippe Garvie
agent de recherche

Tél. : (819) 776-7660, poste 7476
Courriel : philippe_garvie@ssss.gouv.qc.ca

104, rue Lois
Hull (Québec) J8Y 3R7

Dépôt légal
Bibliothèque nationale du Québec
Bibliothèque nationale du Canada
ISBN : 2-920780-88-3

Février 2002

ENQUÊTE SOCIALE ET DE SANTÉ

OUTAOUAIS
1 9 9 8

LES RÉSULTATS DE L'ENQUÊTE SOCIALE ET DE SANTÉ 1998 POUR LA RÉGION DE L'OUTAOUAIS SONT PUBLIÉS SOUS FORME DE FICHES, CHACUNE CORRESPONDANT À UN DES THÈMES DE L'ENQUÊTE.

NOS FICHES

Fiche 1 : Méthodes
Fiche 2 : Caractéristiques sociales et socioéconomiques
Fiche 3 : Usage du tabac
Fiche 4 : Consommation d'alcool
Fiche 5 : Consommation de drogues et autres substances psychoactives
Fiche 6 : Alimentation : perceptions, pratiques et insécurité alimentaire
Fiche 7 : Activité physique
Fiche 8 : Poids corporel
Fiche 9 : Comportements sexuels et utilisation du condom
Fiche 10 : Orientation sexuelle et santé
Fiche 11 : Divers comportements de santé propres aux femmes
Fiche 12 : Perception de l'état de santé
Fiche 13 : Problèmes [illegible]
Fiche 14 : Problèmes auditifs et problèmes visuels
Fiche 15 : Accidents avec blessures
Fiche 16 : Santé mentale
Fiche 17 : Idées suicidaires et parasuicides
Fiche 18 : Incapacité et limitation d'activités
Fiche 19 : Recours aux services des professionnels de la santé et des services sociaux
Fiche 20 : Recours aux hospitalisations, à la chirurgie d'un jour et aux services posthospitaliers
Fiche 21 : Recours au service Info-Santé CLSC
Fiche 22 : Consommation de médicaments
Fiche 23 : Vaccination contre la grippe
Fiche 24 : Famille et santé
Fiche 25 : Environnement de soutien
Fiche 26 : Travail et santé
Fiche 27 : Environnement psychosocial au travail
Fiche 28 : Couverture des frais de santé par un régime d'assurance privé
Fiche 29 : Spiritualité, religion et santé

Problèmes auditifs et problèmes visuels

Introduction

L'étude de deux types de problèmes de santé spécifiques, soit les problèmes visuels et auditifs, a été ajoutée à la version 1998 de l'*Enquête sociale et de santé* (Santé Québec). Par problème visuel, on entend ici toute difficulté à voir de près ou de loin, quelle que soit la pathologie à l'origine de cette difficulté. Les pathologies oculaires incluent notamment les défauts de réfraction (myopie, hypermétropie et astigmatisme), les problèmes d'accommodation (presbytie…), et aussi d'autres troubles qui ne sont pas liés à l'accommodation (cataracte, glaucome…) se traduisant par des difficultés à voir de près ou de loin. La prévalence de ces pathologies au Québec n'est pas connue et ne peut pas être estimée à partir des enquêtes de population. Le rapport de l'*Enquête Santé Canada 1978* établit à 45 % la proportion de la population canadienne qui utilise des verres correcteurs, sans toutefois en distinguer les raisons. Cette fiche traite de la fréquence rapportée des problèmes de vision de près et de loin selon l'âge, au sein de la population âgée de 7 ans et plus.

On estime qu'au moins 10 % des adultes canadiens présentent une perte auditive. Ce sont principalement les personnes âgées et les personnes exposées au bruit au travail qui sont atteintes de surdité. La surdité entraîne une diminution d'autonomie, l'isolement social, une moins bonne perception de l'état de santé, une image de soi altérée, une diminution de la qualité de vie et une tendance à des états dépressifs. L'acouphène est un problème auditif particulier qui se présente souvent sous la forme de sifflement ou de bourdonnement. Environ 10 % des adultes ont des acouphènes. Leur incidence augmente avec l'âge et ils s'accompagnent fréquemment de surdité. Les acouphènes peuvent avoir diverses conséquences : anxiété, problèmes de sommeil, manque de concentration, diminution de la qualité de vie, dépression. Malgré leur fréquence et leurs conséquences, la surdité et les acouphènes sont des problèmes de santé largement sous-estimés au Québec à cause de la rareté des études épidémiologiques sur le sujet.

Aspects méthodologiques

Les deux questions qui portent sur la vision font partie de la section XI - Vision et audition - du questionnaire rempli par l'intervieweur (QRI). Elles sont donc posées à une personne qui sert de répondante pour les autres membres du ménage. La première question s'intéresse à la vision de près et est formulée de la façon suivante : « Habituellement... voit-il (elle) assez bien pour lire les caractères d'un journal sans lunettes ou verres de contact ? » (QRI137). L'autre question porte sur la vision de loin : « Habituellement... voit-il (elle) assez bien pour reconnaître un(e) ami(e) de l'autre côté de la rue sans lunettes ou verres de contact ? » (QRI138). Les données analysées en lien avec ces deux questions portent sur les personnes âgées de 7 ans et plus.

L'audition est basée sur un ensemble de capacités auditives, notamment la sensibilité auditive, la capacité de percevoir un stimulus sonore en présence d'un autre, la discrimination auditive, la capacité de percevoir un son dans les deux oreilles et d'en faire la sommation, ainsi que la capacité de localiser un son dans l'espace. L'évaluation de l'état de l'audition dans l'*Enquête sociale et de santé 1998* s'est faite au moyen d'une question posée au répondant du ménage dans le questionnaire rempli par l'intervieweur (QRI). Elle porte sur la capacité d'entendre et de comprendre la voix dans le silence, sans prothèse auditive : « Habituellement... est-il (elle) capable d'entendre et de comprendre ce qu'une personne lui dit dans une pièce silencieuse si la personne lui parle à voix élevée, ...à voix normale, ...à voix basse ? » (QRI139). Cette question permet d'évaluer indirectement quelques-unes des nombreuses capacités liées à l'audition. Elle a été retenue parce qu'elle a été validée dans de vastes enquêtes menées en Grande-Bretagne et en Australie. Les résultats portant sur l'audition dans l'enquête 1998 concernent les personnes âgées de 16 ans et plus.

Les questions portant sur les acouphènes proviennent de la section XV du questionnaire auto-administré. Une première question porte sur la présence d'acouphènes : « Entendez-vous des bruits (bourdonnements, tintements ou sifflements) dans vos oreilles ou dans votre tête pendant des périodes d'au moins 5 minutes ? » (QAA199).

Une seconde question porte sur la fréquence des acouphènes (rarement, parfois, souvent, toujours), et une troisième sur le degré d'inconfort ressenti par la personne rapportant la présence d'acouphènes. Comme les réponses aux questions portant sur les acouphènes ont été fournies par les personnes elles-mêmes, un biais pourrait être introduit lorsque ces données sont mises en lien avec celles portant sur l'audition. Rappelons ici que l'enquête exclut une population fortement à risque de perte auditive et d'acouphènes, c'est-à-dire les personnes âgées vivant en institution.

Résultats

Environ le tiers de la population de l'Outaouais présente un problème de vision de près. Cela dit, les résidants de l'Outaouais sont proportionnellement moins nombreux à présenter des difficultés de vision de près que ceux de l'ensemble de la province (tableau 1). Les problèmes de vision de près se manifestent surtout à partir de l'âge de 40 ans et touchent la très grande majorité des personnes âgées de 65 ans et plus. Selon les données provinciales de l'enquête (non présentées), l'incidence des problèmes de vision de près est plus élevée chez les femmes que chez les hommes et elle n'est pas associée au revenu ou à la scolarité relative.

Tableau 1 - Prévalence des problèmes de vision de près et de loin, selon l'âge, population de 7 ans et plus, Outaouais et Québec, 1998.

Problèmes de vision	% Outaouais 1998	% Québec 1998
Au moins un problème de vision de près		
7 à 14 ans	9,3**	10,5
15 à 24 ans	14,4*	17,6
25 à 44 ans	17,7	20,9
45 à 64 ans	64,9	66,3
65 ans et plus	79,0	76,2
Au moins un problème de vision de loin		
7 à 14 ans	9,7**	13,6
15 à 24 ans	16,6	28,5
25 à 44 ans	24,4	24,8
45 à 64 ans	36,7	27,4
65 ans et plus	32,8	33,4

Les pourcentages indexés du même exposant sont significativement différents pour des intervalles de confiance à 95%.

* Estimation imprécise : à interpréter avec prudence.

** Estimation très imprécise : fournie à titre indicatif seulement.

La proportion de personnes ayant des problèmes de vision de loin dans la région est similaire à celle observée au Québec. Environ le quart de l'ensemble de la population et le tiers des personnes âgées de 65 ans et plus présentent des problèmes de vision de loin. Les hommes et les femmes sont également touchés. La proportion des personnes ayant des troubles de vision de loin tend à augmenter avec le niveau de scolarité. Aussi, les personnes faisant partie de la catégorie supérieure de revenu sont plus nombreuses, en proportion, à éprouver des problèmes de vision de loin que les personnes appartenant aux autres catégories de revenu (données non présentées).

Environ 7 % des Québécois de 16 ans et plus présentent des problèmes d'audition selon les répondants à l'enquête dans les ménages privés. On n'observe pas de différences significatives entre l'Outaouais et l'ensemble du Québec, tant pour la prévalence de la perte d'audition que pour celle des acouphènes (tableau 2). Seulement la moitié des personnes qui déclarent avoir de la difficulté à entendre ont consulté à ce sujet un professionnel de la santé.

Environ une personne sur huit présente un problème d'acouphènes. La fréquence des acouphènes ne diffère pas de façon significative entre les hommes et les femmes. Plus de 2 % des personnes ont des acouphènes qui sont toujours présents et 1 % déclare que leurs acouphènes les dérangent beaucoup. Le quart des personnes qui ont des acouphènes permanents ou qui affirment que leurs acouphènes les dérangent beaucoup n'ont jamais consulté un professionnel de la santé pour ce problème.

Malgré les liens établis en ce sens dans la littérature, les données de la présente enquête n'ont pas permis de démontrer d'associations entre l'audition et la détresse psychologique, la satisfaction face à la vie sociale et la fréquence des réunions sociales (données non présentées). Les auteurs du rapport provincial suggèrent d'approfondir ces questions dans les enquêtes ultérieures.

Tableau 2 - Prévalence d'au moins un problème d'audition et présence d'acouphènes, selon le sexe, population de 16 ans et plus, Outaouais et Québec, 1998.

Variables	% Outaouais 1998	% Québec 1998
Problème d'audition		
Au moins un problème d'audition	6,3	6,8
Acouphènes	13,1	12,9
Hommes	16,3	13,9
Femmes	9,8*	11,8

* Estimation imprécise ; à interpréter avec prudence.

Conclusion

Dans l'ensemble, les difficultés de vision et d'audition affectent une proportion importante de la population et la prévalence de ces problèmes augmente avec l'âge. Le nombre de personnes touchées par les troubles de vision de près est déjà considérable et il a tendance à augmenter à cause du vieillissement et de l'allongement de la durée de vie. Un accroissement de la demande de services d'ophtalmologie et d'optométrie est donc prévisible au cours des prochaines années. La prévalence des troubles de vision de loin est appelée, au contraire, à diminuer, notamment grâce à l'utilisation des techniques de correction chirurgicales au laser. Les personnes favorisées sur le plan économique, qui sont les plus touchées par les troubles de vision de loin, sont également les plus susceptibles d'avoir recours à ces techniques relativement coûteuses.

Les problèmes d'audition sont reliés dans la littérature à des effets importants sur d'autres indicateurs de santé, notamment la perception de l'état de santé. Les données de la présente enquête mettent notamment en lumière le faible taux de consultation de professionnels de la santé pour les problèmes auditifs. Le manque de sensibilisation de la population et des professionnels, une insuffisance de services d'évaluation et de réadaptation, de même que la stigmatisation des personnes affectées pourraient contribuer à ce phénomène. Il existe par ailleurs un moyen de prévention universel de la surdité et des acouphènes: la réduction de l'exposition au bruit intense. De nombreuses mesures ont été mises en place à cet égard dans les milieux de travail, mais des efforts de sensibilisation sont encore requis pour réduire davantage l'exposition professionnelle et extra-professionnelle au bruit.

Le dépistage des troubles visuels chez les personnes âgées

La déficience et les handicaps visuels sont monnaie courante au 3e âge. Il est facile pour tout médecin de première ligne de détecter une baisse de l'acuité visuelle. Il utilisera un outil très simple, soit la lecture, dans des conditions uniformisées, de lettres de dimensions décroissantes, ou « test de Snellen ». Il existe des données scientifiques justifiant l'utilisation systématique de ce test dans l'examen médical périodique des personnes âgées. Dans le cas des diabétiques, on recommande l'examen régulier du fond d'œil ou la rétinographie pratiquée par un ophtalmologiste pour la détection précoce de la rétinopathie diabétique, ainsi que la surveillance et le traitement précoce de la phase proliférative de la maladie.

Le dépistage des troubles auditifs chez les personnes âgées

Une proportion importante de personnes âgées ne sont pas conscientes de leur déficience auditive ou n'en parlent pas à leur médecin. L'interrogatoire (une seule question pertinente) et l'utilisation d'un audioscope sont des méthodes de dépistage sensibles qui peuvent être aisément appliquées dans le cadre des soins primaires offerts aux personnes âgées. La simple question « Pensez-vous souffrir d'un problème d'audition ? » permet de détecter 90 % des pertes d'audition assez importantes pour nuire aux activités de la vie quotidienne. Il a été démontré, par ailleurs, que l'amplification auditive améliore la qualité de vie dans divers domaines, mais on connaît mal les facteurs qui permettent de prédire si une personne acceptera de porter une prothèse auditive.

RÉGIE RÉGIONALE
DE LA SANTÉ ET DES
SERVICES SOCIAUX
DE L'OUTAOUAIS
DIRECTION DE LA SANTÉ PUBLIQUE

ENQUÊTE SANTÉ QUÉBEC

OUTAOUAIS

1 9 9 8

Les résultats régionaux de
l'Enquête sociale et de santé 1998
sont publiés par la
Direction de la Santé publique de la
Régie régionale de la Santé et des Services
sociaux de l'Outaouais.
Toute reproduction est autorisée
à condition de mentionner la source.

ONT COLLABORÉ À CETTE PUBLICATION

Rédaction
Philippe Garvie
Jean-Pierre Courteau
Normand Trempe
Santé Québec

Infographie
Sylvie Bélisle

Pour toute information relative au contenu de cette fiche
ou pour obtenir d'autres numéros,
veuillez communiquer avec :

Philippe Garvie
agent de recherche

Tél. : (819) 776-7660, poste 7476
Courriel : philippe_garvie@ssss.gouv.qc.ca

104, rue Lois
Hull (Québec) J8Y 3R7

Dépôt légal
Bibliothèque nationale du Québec
Bibliothèque nationale du Canada
ISBN : 2-920780-90-5

Février 2002

ENQUÊTE SOCIALE ET DE SANTÉ

OUTAOUAIS
1 9 9 8

LES RÉSULTATS DE L'ENQUÊTE SOCIALE ET DE SANTÉ 1998 POUR LA RÉGION DE L'OUTAOUAIS SONT PUBLIÉS SOUS FORME DE FICHES, CHACUNE CORRESPONDANT À UN DES THÈMES DE L'ENQUÊTE.

NOS FICHES

Fiche 1 : Méthodes
Fiche 2 : Caractéristiques sociales et socioéconomiques
Fiche 3 : Usage du tabac
Fiche 4 : Consommation d'alcool
Fiche 5 : Consommation de drogues et autres substances psychoactives
Fiche 6 : Alimentation : perceptions, pratiques et insécurité alimentaire
Fiche 7 : Activité physique
Fiche 8 : Poids corporel
Fiche 9 : Comportements sexuels et utilisation du condom
Fiche 10 : Orientation sexuelle et santé
Fiche 11 : Divers problèmes de santé propres aux femmes
Fiche 12 : Perception de la santé
Fiche 13 : Problèmes d'audition
Fiche 14 : Problèmes de santé et problèmes visuels
Fiche 15 : Accidents avec blessures
Fiche 16 : Santé mentale
Fiche 17 : Idées suicidaires et parasuicides
Fiche 18 : Incapacité à réaliser certaines activités
Fiche 19 : Recours aux services des professionnels de la santé et des services sociaux
Fiche 20 : Recours aux hospitalisations, à la chirurgie d'un jour et aux services posthospitaliers
Fiche 21 : Recours au service Info-Santé CLSC
Fiche 22 : Consommation de médicaments
Fiche 23 : Vaccination contre la grippe
Fiche 24 : Famille et santé
Fiche 25 : Environnement de soutien
Fiche 26 : Travail et santé
Fiche 27 : Environnement psychosocial au travail
Fiche 28 : Couverture des frais de santé par un régime d'assurance privé
Fiche 29 : Spiritualité, religion et santé

Accidents avec blessures

Introduction

Un décès sur quinze au Québec est causé par un accident. Environ le tiers de ces décès surviennent chez les personnes de 65 ans et plus et c'est dans ce groupe d'âge que le taux de décès par accidents est le plus élevé. Par comparaison, le taux de mortalité générale et le taux de décès par accidents observés chez les jeunes sont relativement faibles. Cependant, les accidents sont responsables des trois quarts des décès chez les jeunes de 15 à 24 ans au Québec.

Pour chaque accident mortel il en existe un grand nombre d'autres qui ne le sont pas. Ainsi, 19 % des personnes restreintes dans leurs activités à cause d'un problème de santé de longue durée mettent en cause un accident ou une blessure. Parmi les raisons de consultation d'un médecin généraliste, 8 % sont liées à des blessures consécutives à un accident.

Au début des années 90, la *Politique de la santé et du bien-être* fixait d'ambitieux objectifs eu égard aux traumatismes : « D'ici l'an 2002, réduire de 20 % la mortalité et la morbidité dues aux traumatismes qui surviennent sur la route, à domicile, au travail et lors d'activités récréatives et sportives ». Cet engagement a d'ailleurs été réitéré en 1997, puisque les traumatismes figurent parmi les sept *Priorités nationales de santé publique 1997-2002*. Les indicateurs de morbidité par traumatisme mesurés dans l'*Enquête sociale et de santé 1998* fournissent des informations essentielles à l'évaluation de ces objectifs.

En général, les enquêtes de Santé Québec permettent de dresser un portrait plus clair de ce qui est convenu d'appeler « la morbidité ressentie », définie par les problèmes de santé n'exigeant pas une hospitalisation ou n'entraînant pas le décès et qui, conséquemment, ne sont pas recensés dans les sources de données officielles. Ici, le premier objectif est de présenter l'évolution, durant les périodes 1992-93 et 1998, des problèmes dûs aux accidents avec blessures et de leurs conséquences. Le deuxième objectif est de montrer l'importance des accidents avec blessures selon les lieux et les circonstances. Le libellé des questions servant à évaluer les accidents avec blessures dans l'enquête de 1992-1993 a été repris dans l'enquête de 1998.

Aspects méthodologiques

Le terme « accident » est utilisé pour désigner l'événement au cours duquel la blessure est survenue, bien qu'il ne faille pas lui conférer un sens d'inéluctabilité. Les termes « traumatisme » et « blessure » sont interchangeables dans le texte. Par « accidents avec blessures », nous entendons toutes les conditions que la Classification internationale des maladies (CIM) regroupe dans la catégorie « Lésions traumatiques et empoisonnements ». Pour être retenu dans l'enquête, un accident doit avoir causé une blessure ayant nécessité une consultation médicale ou ayant entraîné une limitation d'activités. La CIM distingue les blessures non intentionnelles (parfois appelées « accidentelles ») et les blessures dites « intentionnelles » (homicides, suicides et leurs tentatives). La présente fiche traite de ces deux types de blessures.

Toutes les informations portant sur les accidents avec blessures proviennent du questionnaire rempli par l'intervieweur (QRI), c'est-à-dire qu'un adulte rapporte, pour lui-même et pour tous les autres membres du ménage, les accidents avec blessures survenus au cours des 12 mois ayant précédé l'enquête. Bien que ce mode d'enquête soit courant pour établir des taux de morbidité par blessures, il entraîne une certaine sous-estimation des accidents. Le répondant a tendance à oublier les accidents mineurs ayant eu peu de conséquences. Un autre phénomène lié à la mémoire fait que le répondant a tendance à rapporter les événements comme s'ils s'étaient passés plus récemment que dans la réalité. Par conséquent, les taux d'accidents et les taux de morbidité par blessures obtenus par enquête doivent être considérés comme des taux minimaux.

Généralement, pour décrire l'événement durant lequel les blessures se sont produites (l'accident), les aspects suivants sont analysés : 1) les circonstances (où, quand, comment); 2) la gravité (type de lésion et conséquences des blessures encourues). Les questions QRI51 à QRI58 servent à décrire les lieux de survenue des accidents tandis que les questions QRI63 à QRI70 permettent de préciser les circonstances entourant les événements. Une question a été élaborée pour permettre d'identifier l'activité en cause (QRI71).

La question QRI60, visant à diagnostiquer la principale blessure subie, sert également dans l'analyse de sa gravité. Seule la principale blessure subie, qui est généralement la plus grave, est donc retenue pour fin d'analyse.

Les personnes ayant consulté un médecin ou subi une limitation d'activités à la suite d'un accident sont appelées « victimes d'accident avec blessure ». Elles forment le numérateur du taux de morbidité par blessures qui est rapporté dans la présente fiche. Un deuxième indicateur porte sur le nombre d'accidents. Tous les accidents vécus par un même individu au cours de la période de référence de 12 mois pouvaient être enregistrés, à condition qu'ils se soient produits à des endroits différents. Huit catégories différentes de lieux étaient proposées (QRI51 à QRI58). Le taux d'accidents est donc basé sur le nombre total de lieux différents déclarés et exclut les accidents survenus ultérieurement au même endroit.

Résultats

Environ 90 % des hommes et des femmes de 15 ans et plus résidant en Outaouais n'ont subi aucun accident avec blessure dans les 12 mois précédant l'enquête de 1998. Ce résultat est similaire à celui obtenu lors de l'enquête de 1992-93. Environ 8 % des résidants de l'Outaouais ont été victimes d'un accident ayant entraîné une limitation de leurs activités normales au cours des 12 mois précédant l'enquête de 1998. Cette proportion est également similaire à celle qui avait été observée en 1992-93. Les accidents avec blessures demeurent plus fréquents chez les hommes que chez les femmes, tant en Outaouais que dans l'ensemble du Québec (tableau 1).

Si le portrait pour l'Outaouais a très peu changé relativement à la proportion des personnes ayant été victimes d'accidents avec blessures, celui de l'ensemble de la province s'est par contre sensiblement amélioré. La proportion des personnes qui ont été victimes d'accidents ayant entraîné une consultation ou une limitation d'activités a augmenté ou est demeurée stable en Outaouais, alors qu'elle baissait de 20 % dans l'ensemble du Québec entre 1992-93 et 1998 (données du rapport provincial, non présentées). L'échantillon régional restreint ne permet pas d'interpréter avec certitude les différences observées entre l'Outaouais et l'ensemble du Québec.

Tableau 1 - Proportions de personnes ayant subi des conséquences d'accidents avec blessures au cours des 12 derniers mois, par sexe, population totale, Outaouais 1992-1993 et 1998, Québec 1998.

	% Outaouais 1992-93		% Outaouais 1998		% Québec 1998	
Conséquences	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes

Estimation imprécise : à interpréter avec prudence.

La fréquence des accidents avec blessures varie en fonction de l'âge, ce qui reflète en partie les variations dans l'exposition au risque au cours des diverses périodes de la vie. Le tableau 2 nous permet de bien d'apprécier ce phénomène et son évolution en Outaouais entre les deux dernières enquêtes. En 1992-93, c'étaient les jeunes de 15 à 24 ans qui avaient été le plus souvent victimes d'accidents ayant entraîné une consultation médicale et/ou une limitation d'activités. En 1998, les groupes d'âge les plus fréquemment affectés étaient les 25-44 ans et les 45-64 ans. Ces changements semblent être spécifiques à la région de l'Outaouais. Il faut cependant tenir compte dans notre interprétation du nombre restreint d'événements observés en région. En effet, seulement 10 à 30 cas d'accidents avec blessures dans chacun des groupes d'âge formant l'échantillon régional ont été recensés, de sorte qu'il existe de grandes variations aléatoires dans les proportions rapportées.

Tableau 2 - Proportions de personnes victimes d'accidents avec blessures ayant entraîné une consultation médicale ou une limitation des activités normales au cours des 12 derniers mois, par groupe d'âge, population totale, Outaouais 1992-1993 et 1998, Québec 1998.

Groupe d'âge	% Outaouais 1992-93	% Outaouais 1998	% Québec 1998

Estimation imprécise : à interpréter avec prudence.

Estimation très imprécise : fournie à titre indicatif seulement.

En Outaouais, tout comme dans l'ensemble du Québec, le domicile constitue l'endroit où la survenue d'accidents avec blessures est le plus fréquent (44 % en Outaouais comparativement à 35 % au Québec en 1998). Il est relativement plus fréquent qu'au cours de la période 1992-93 en Outaouais (32 %) que le domicile soit le lieu de survenue d'accidents. La hausse est essentiellement due à l'augmentation de la fréquence relative des accidents résidentiels survenus à l'extérieur. Les autres sites où les accidents surviennent le plus fréquemment sont les lieux de travail, les lieux réservés à la pratique de sports et/ou de loisirs et les lieux publics (centre commercial, place publique, lieu de rassemblement, etc.). Les données détaillées sont présentées au tableau 3.

Même si les différences observées entre les enquêtes de 1992-93 et 1998 ne sont pas significatives, la proportion des accidents dans les lieux de loisirs semble avoir tendance à diminuer en Outaouais. Dans une moindre mesure, la fréquence des accidents survenus dans les établissements scolaires semble également en diminution. Les accidents de la route entraînant des conséquences, telles que définies dans la présente fiche, demeurent relativement rares. Cependant, ce type d'accident comporte un indice de gravité important et représente une cause relativement fréquente d'hospitalisations prolongées et de limitations d'activités à long terme. À cause du faible effectif, les données du tableau 3 ne peuvent être utilisées qu'à titre indicatif, mais elles sont utiles dans le cadre d'une réflexion sur la prévention et le contrôle des traumatismes associés à différentes activités dans la région.

Tableau 3 - Proportions de victimes d'accidents avec blessures et proportions d'accidents avec blessures ayant entraîné une consultation médicale et une limitation d'activités dans les 12 derniers mois, selon le lieu, population totale, Outaouais 1992-1993 et 1998, Québec, 1998.

	Outouais 1992-93		Outaouais 1998		Québec 1998	
Lieu	% Victimes d'accidents	% d'accidents	% Victimes d'accidents	% d'accidents	% Victimes d'accidents	% d'accidents
À la maison						

Les données du tableau ne peuvent être utilisées qu'à titre indicatif.

Conclusion

À cause de la rareté relative des accidents avec blessures, l'interprétation des résultats présentés dans cette fiche est soumise à des limitations statistiques importantes. L'on remarque toutefois des différences marquées entre le profil de l'Outaouais eu égard aux accidents avec blessures et celui de l'ensemble du Québec. Ainsi, le taux d'accidents avec blessures a baissé de 20 % au Québec entre les enquêtes de 1992-93 et de 1998, alors qu'il est resté inchangé dans la région. Par ailleurs, les données par groupes d'âge indiquent que le taux d'accidents avec blessures a augmenté de façon importante chez les résidants de l'Outaouais âgés de 45 à 64 ans.

Les analyses par groupes d'âges révèlent également que les consultations médicales et les limitations d'activités attribuables aux accidents sont plus fréquentes en Outaouais qu'au Québec dans tous les groupes d'âge, sauf chez les 15-24 ans. Les taux observés chez les jeunes de 15 à 24 ans en Outaouais ayant diminué de moitié entre 1992-93 et 1998, ils sont maintenant similaires aux taux québécois pour ce groupe d'âge.

Les accidents de la route demeurent une cible prioritaire pour les actions de prévention, en raison de la gravité des lésions et des limitations d'activités qu'ils entraînent. La prévention des blessures par accidents de la route est jalonnée de succès et pour cette raison il est essentiel de consolider les gains obtenus. La mortalité par traumatismes de la route ne cesse de baisser depuis 1973 en Amérique du nord. Ce succès est attribué au port universel de la ceinture de sécurité, aux interventions légales et aux campagnes de promotion pour contrer l'alcool au volant, à l'aménagement de routes et de carrefours plus sécuritaires, à l'amélioration générale de la sécurité des véhicules, au coussin gonflable et même aux phares de jour, une initiative québécoise ! La baisse générale du taux d'accidents avec blessures observée en Outaouais chez les 15-24 ans entre 1992 et 1998 semble en grande partie attribuable à la diminution de 25 % du taux de blessures par accidents de la route observée dans ce groupe d'âge.

Contrairement à la croyance populaire, le domicile (et particulièrement l'extérieur de la résidence) représente le lieu où les accidents avec blessures sont les plus susceptibles de survenir. Une grande partie des blessures subies à la maison résultent de chutes et celles-ci touchent le plus souvent les personnes d'âge mûr et les personnes âgées. Les chutes à domicile entraînent fréquemment une perte d'autonomie importante chez les aînés et sont responsables de dépenses de santé extrêmement importantes.

Les traumatismes en général demeurent une des trois causes les plus importantes de mortalité prématurée en Outaouais, avec les maladies cardiaques et les cancers. La poursuite d'interventions en matière de prévention des accidents avec blessures demeure donc justifiée et nécessaire.

ENQUÊTE SANTÉ QUÉBEC

OUTAOUAIS

1 9 9 8

Les résultats régionaux de l'Enquête sociale et de santé 1998 sont publiés par la Direction de la Santé publique de la Régie régionale de la Santé et des Services sociaux de l'Outaouais.
Toute reproduction est autorisée à condition de mentionner la source.

ONT COLLABORÉ À CETTE PUBLICATION

Rédaction

Philippe Garvie
Jean-Pierre Courteau
Marie-Josée Ladora

Infographie

Sylvie Bélisle

Pour toute information relative au contenu de cette fiche ou pour obtenir d'autres numéros, veuillez communiquer avec :

Philippe Garvie
agent de recherche

Tél. : (819) 776-7660, poste 7476
Courriel : philippe_garvie@ssss.gouv.qc.ca
104, rue Lois, Hull (Québec) J8Y 3R7

Dépôt légal
Bibliothèque nationale du Québec - Bibliothèque nationale du Canada
ISBN : 2-920780-95-6

RÉGIE RÉGIONALE
DE LA SANTÉ ET DES
SERVICES SOCIAUX
DE L'OUTAOUAIS
DIRECTION DE LA SANTÉ PUBLIQUE

Fiches 16 et 17 de 29

Février 2002

ENQUÊTE SOCIALE ET DE SANTÉ

OUTAOUAIS
1 9 9 8

LES RÉSULTATS DE L'ENQUÊTE SOCIALE ET DE SANTÉ 1998 POUR LA RÉGION DE L'OUTAOUAIS SONT PUBLIÉS SOUS FORME DE FICHES, CHACUNE CORRESPONDANT À UN DES THÈMES DE L'ENQUÊTE.

NOS FICHES

Fiche 1 : Méthodes
Fiche 2 : Caractéristiques sociales et socioéconomiques
Fiche 3 : Usage du tabac
Fiche 4 : Consommation d'alcool
Fiche 5 : Consommation de drogues et autres substances psychoactives
Fiche 6 : Alimentation : perceptions, pratiques et insécurité alimentaire
Fiche 7 : Activité physique
Fiche 8 : Poids corporel
Fiche 9 : Comportements sexuels et utilisation du condom
Fiche 10 : Orientation sexuelle et santé
Fiche 11 : Divers [illegible] de santé propres aux femmes
Fiche 12 : Perception [illegible] de santé
Fiche 13 : Problèmes [illegible]
Fiche 14 : Problèmes [illegible] et problèmes visuels
Fiche 15 : Accidents [illegible] mesures
Fiche 16 : [illegible]
Fiche 17 : [illegible] parasuicides
Fiche 18 : Incapacité et limitation d'activités
Fiche 19 : Recours aux services des professionnels de la santé et des services sociaux
Fiche 20 : Recours aux hospitalisations, à la chirurgie d'un jour et aux services posthospitaliers
Fiche 21 : Recours au service Info-Santé CLSC
Fiche 22 : Consommation de médicaments
Fiche 23 : Vaccination contre la grippe
Fiche 24 : Famille et santé
Fiche 25 : Environnement de soutien
Fiche 26 : Travail et santé
Fiche 27 : Environnement psychosocial au travail
Fiche 28 : Couverture des frais de santé par un régime d'assurance privé
Fiche 29 : Spiritualité, religion et santé

Santé mentale, idées suicidaires et parasuicides

Introduction

Les enquêtes de Santé Québec permettent de dépasser les données d'utilisation des services pour apprécier l'état de la santé mentale des Québécois et le phénomène du suicide. Les indicateurs retenus dans l'*Enquête sociale et de santé de 1998* permettent de documenter l'atteinte de deux objectifs de la *Politique de la santé et du bien-être* adoptée par le gouvernement du Québec en 1992, soient l'amélioration de la santé mentale et la diminution des comportements suicidaires des Québécois. Ces indicateurs ne permettent toutefois pas de déterminer le nombre de personnes atteintes de troubles mentaux au Québec. L'estimation de la prévalence des intentions suicidaires et des parasuicides (tentatives de suicide) permet de mieux connaître ces types de traumatismes intentionnels, qui font partie des *Priorités nationales de sante publique 1997-2002* et pour lesquels des moyens d'action sont proposés dans la *Stratégie québécoise d'action face au suicide* (MSSS, 1998).

La présente fiche comprend trois sections : 1) la perception que les Québécois et les résidants de l'Outaouais ont de leur santé mentale ; 2) la détresse psychologique et ses conséquences ; et 3) la prévalence des pensées suicidaires et des tentatives de suicide.

Aspects méthodologiques

Perception de l'état de santé mentale - La perception que les individus se font de leur santé est un indicateur précieux de l'état de santé d'une population. Cet indicateur est constitué à partir des réponses à une seule question, qui se retrouve au questionnaire autoadministré (QAA) à la section « Différents problèmes personnels ». La formulation de la question est la suivante : « Si vous comparez votre santé mentale à celle des autres personnes de votre âge, diriez-vous qu'elle est en général... ? » Les choix de réponse (5) varient de « mauvaise » à « excellente ».

Détresse psychologique - L'indice de détresse psychologique de Santé Québec est dérivé du *Psychiatric Syndrom Index*, utilisé et validé par Ilfeld dans les années 70. Une première version de cette échelle a été traduite et validée lors de l'enquête-pilote de Santé Québec en 1985, puis utilisée lors de l'enquête de 1987. Une seconde validation en 1992 a permis de concentrer en 14 questions l'information nécessaire à l'élaboration de l'indice. Celui-ci ne constitue pas une mesure de diagnostics précis. Il tente plutôt d'évaluer la proportion de la population de 15 ans et plus ayant des symptômes assez nombreux ou intenses liés à la dépression, à l'anxiété, aux troubles cognitifs et à l'irritabilité pour se classer dans un groupe dont le niveau de détresse psychologique peut nécessiter une intervention. Ces symptômes doivent être présents au cours de la semaine précédant l'enquête. L'indice est élaboré en attribuant un score à chacune des réponses. Ces scores sont ensuite cumulés et ramenés sur une échelle variant de 0 à 100 points. Les répondants sont alors divisés en deux catégories, correspondant respectivement à un niveau faible ou à un niveau élevé de détresse psychologique. L'utilisation des mêmes questions et du même seuil que pour les enquêtes de Santé Québec de 1987 et de 1992-93 permet de suivre l'évolution du niveau de détresse psychologique de la population québécoise dans le temps. Trois questions supplémentaires visent à définir l'impact de ces symptômes sur la fonctionnalité des individus. Les deux dernières questions permettent d'évaluer la durabilité des symptômes ressentis, de même que la nécessité du recours à une aide extérieure.

Idées suicidaires et parasuicides - Seulement deux questions portant sur la fréquence de pensées suicidaires et des tentatives de suicide (parasuicides) au cours de la dernière année ont été tirées de l'enquête Santé Québec 1992-93. La première question s'intéresse aux idées suicidaires et se lit comme suit : « Vous est-il arrivé de penser SÉRIEUSEMENT à vous suicider (à vous enlever la vie)? ». La deuxième question porte sur les parasuicides : « Avez-vous déjà fait une tentative de suicide (essayé de vous enlever la vie) ? ». Dans le cas d'une réponse positive à l'une ou l'autre de ces questions, le répondant devait indiquer si cela s'était produit au cours des 12 derniers mois.

Une mise en garde s'impose quant à la mesure de la prévalence des idées suicidaires et des parasuicides. La prévalence de chacun de ces phénomènes est calculée sur la base de populations légèrement différentes. Ainsi, pour le calcul de la prévalence des idées suicidaires, la population de référence ne comprend pas les personnes ayant rapporté un parasuicide. D'autre part, le calcul de la prévalence des parasuicides exclut de la population de référence les individus ne rapportant que des idées suicidaires. Ces choix méthodologiques induisent une légère surestimation des taux de parasuicides et une sous-estimation du taux d'idées suicidaires.

Résultats

La répartition des résidants de l'Outaouais et de ceux de l'ensemble de la province selon leur perception de leur santé mentale est similaire (tableau 1). Environ neuf personnes sur dix considèrent leur santé mentale comme étant bonne, très bonne ou excellente et une sur dix trouve son état de santé mentale moyen ou mauvais. Compte tenu que la question portant sur l'auto perception de sa santé mentale a été posée pour la première fois dans l'enquête de 1998, il est impossible de faire des comparaisons dans le temps.

Tableau 1 - Perception de l'état de santé mentale, population de 15 ans et plus, Outaouais et Québec, 1998.

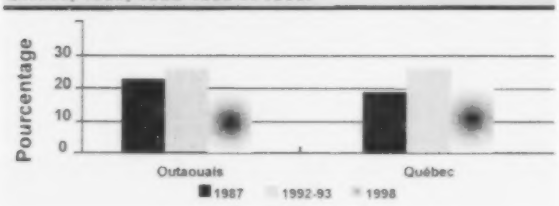
Perception santé mentale	% Outaouais 1998	% Québec 1998
Excellente	31,2	35,1
Très bonne	35,5	33,8
Bonne	22,8	21,1
Moyenne	8,8	8,5
Mauvaise	2,3**	1,8

** Estimation très imprécise : fournie à titre indicatif seulement.

Selon l'*Enquête sociale et de santé de 1998*, environ 20 % de la population québécoise de 15 ans et plus se classe dans la catégorie « élevée » de l'échelle de détresse psychologique. Selon les résultats présentés à la figure 1, la situation au Québec semble s'être améliorée depuis 1992-1993, la proportion des personnes présentant un niveau élevé de détresse passant de 26 % en 1992-93 à 21 % en 1998. Cette baisse n'est toutefois pas significative sur le plan statistique. Le

pourcentage observé en 1998 est similaire à celui qui avait été mesuré dans l'enquête de 1987. La tendance observée en Outaouais est identique à celle du Québec. Par contre, l'amélioration entre les deux dernières enquêtes est plus importante dans la région.

Figure 1 - Pourcentage des personnes de 15 ans et plus présentant un niveau élevé de détresse psychologique, Outaouais et Québec, 1987, 1992-1993 et 1998.



Le portrait de la détresse psychologique relatif à l'âge et au sexe montre une amélioration de la situation dans tous les groupes d'âge, bien qu'elle soit plus marquée pour certains groupes (tableau 2). Ainsi, la proportion des 15-24 ans présentant un indice de détresse psychologique élevé est passée de 41 % en 1992-93 à 22 % en 1998. La baisse a également été très importante dans la population féminine, soit de 31 % à 21 %. Les hommes ont connu une diminution moins marquée, mais néanmoins significative sur le plan statistique. Le profil de l'Outaouais en 1998 est similaire à celui de l'ensemble du Québec.

Tableau 2 - Pourcentage de la population de 15 ans et plus ayant un niveau élevé de détresse psychologique, selon l'âge et le sexe des individus, Outaouais 1992-1993 et 1998, Québec 1998.

Variables	% Outaouais 1992-93	% Outaouais 1998	% Québec 1998
Âge			
Sexe			

Les pourcentages indexés du même exposant sont significativement différents pour des intervalles de confiance à 95%.

* Estimation imprécise ; à interpréter avec prudence.

** Estimation très imprécise ; fournie à titre indicatif seulement.

Toutes les variables sociales et socio-économiques présentées dans le tableau 3 sont associées à la détresse psychologique. Il s'agit du statut matrimonial, de la scolarité relative, de l'indice de suffisance de revenu, du niveau de soutien social et de la perception de son état de santé. Le soutien social semble avoir un impact particulièrement important, de même que la perception de son état de santé physique en général. Le profil de l'Outaouais demeure comparable à celui du Québec pour l'ensemble des variables présentées.

Tableau 3 - Pourcentage de la population de 15 ans et plus ayant un niveau élevé détresse psychologique, selon certaines caractéristiques socio-économiques, le milieu social et la perception de l'état de santé des individus, Outaouais et Québec, 1998.

Variables	% Outaouais 1998	% Québec 1998
État matrimonial		
Scolarité relative		
Revenu		
Soutien social		
Perception de la santé physique		

* Estimation imprécise ; à interpréter avec prudence.

Règle générale, la détresse psychologique élevée augmente de 2 à 3 fois les risques de conséquences sur la vie familiale, le travail, les études ou les activités sociales (tableau 4). Par exemple, en Outaouais 57 % des personnes ayant un indice de détresse psychologique élevé, comparativement à 24 % des personnes ayant un indice faible ou moyen, ont rapporté des conséquences sur leur vie familiale. Les personnes présentant un niveau élevé de détresse psychologique ont aussi eu recours beaucoup plus souvent à de l'aide extérieure. Le profil de l'Outaouais présenté au tableau 4 ressemble à celui de l'ensemble du Québec, sauf que le groupe « à faible risque » en Outaouais rapporte davantage de conséquences sur les activités sociales que le groupe correspondant dans l'ensemble du Québec.

Tableau 4 - Types de conséquences (secteur de la vie affecté et recours à l'aide extérieure) selon le niveau de l'indice de détresse psychologique, personnes de 15 ans et plus, Outaouais et Québec, 1998.

	% Outaouais 1998		% Québec 1998	
	Indice de détresse psychologique			
	Bas à moyen	Élevé	Bas à moyen	Élevé
Aspect de la vie affecté				
Vie familiale / conjugale	24,4	57,4	35,3	55,2
Travail ou études	14,1*	36,0	11,3	33,5
Activités sociales	15,2*	47,5	13,5*	45,9
Recours à une aide extérieure	12,0*	30,9	11,0	29,1

Les pourcentages indexés du même exposant sont significativement différents pour des intervalles de confiance à 95 %.

* Estimation imprécise : à interpréter avec prudence.

Trois et demi pour cent (3,5 %) des résidants de l'Outaouais ont déclaré avoir pensé sérieusement au suicide au cours des 12 mois précédant l'enquête (tableau 5). Ce pourcentage est similaire à celui observé dans l'ensemble du Québec (3,9 %). La situation relative aux intentions suicidaires dans la région semble être assez stable depuis 1987. Environ sept personnes sur 1000 en Outaouais ont affirmé avoir tenté de se suicider au cours des 12 mois précédant l'enquête, tandis que le taux correspondant pour l'ensemble du Québec est de cinq pour 1000. Cette différence n'est toutefois pas significative sur le plan statistique.

Tableau 5 - Présence d'intentions de suicide et de tentatives de suicide au cours des 12 mois ayant précédé l'enquête, population de 15 ans et plus, Outaouais 1987, 1992-1993 et 1998, Québec 1998.

Suicide	% Outaouais 1987	% Outaouais 1992-93	% Outaouais 1998	% Québec 1998
Intentions	3,3	3,5	3,4	3,9
Tentatives	n.d.	n.d.	0,7**	0,5

** Estimation très imprécise : fournie à titre indicatif seulement.

Conclusion

Selon les données de l'enquête Santé Québec 1998, la population du Québec, tout comme celle de l'Outaouais, s'estime, dans une large proportion, en très bonne santé mentale. En 1998, près de 10 % des personnes âgées de 15 ans et plus jugeaient leur état de santé mentale déficient. L'indicateur relatif à l'auto-perception de sa santé mentale est cependant un indicateur qui est utilisé pour la première fois par Santé Québec, ce qui interdit toute comparaison dans le temps.

L'indice de détresse psychologique est plus utile pour mesurer l'évolution de la santé mentale de la population car son utilisation remonte à 1987. La proportion des personnes présentant un niveau de détresse élevé s'était accrue de façon dramatique entre 1987 et 1992-1993. Voilà que contre toute attente, cette proportion chute de façon importante de 1992-1993 à 1998, tant en Outaouais que dans l'ensemble du Québec. En fait, la baisse spectaculaire de la proportion des personnes qui présentent un niveau élevé de détresse psychologique constitue un des faits marquants de l'*Enquête sociale et de santé 1998*. Les hypothèses explicatives pourraient relever, selon les experts de Santé Québec, de facteurs méthodologiques, démographiques, socio-économiques et même culturels.

L'enquête 1998 nous renseigne, par ailleurs, sur l'influence importante qu'exercent certaines variables individuelles sur le niveau de détresse psychologique, notamment le soutien social et la perception de son état de santé physique. Ainsi, les résultats ventilés selon l'âge et le sexe indiquent que la proportion des jeunes de 15 à 24 présentant un niveau élevé de détresse a baissé de moitié au cours des cinq dernières années. Il s'agit d'une des rares tendances positives observées chez les jeunes dans l'*Enquête sociale et de santé 1998*.

ENQUÊTE SANTÉ QUÉBEC OUTAOUAIS 1998

Les résultats régionaux de l'Enquête sociale et de santé 1998 sont publiés par la Direction de la Santé publique de la Régie régionale de la Santé et des Services sociaux de l'Outaouais. Toute reproduction est autorisée à condition de mentionner la source.

Rédaction : Philippe Garvie, Jean-Pierre Courteau, Michel Seewaldt, Marthe Deschesnes, Nicole Truchon, Santé Québec

Infographie : Sylvie Bélisle

Pour toute information relative au contenu de cette fiche ou pour obtenir d'autres numéros, veuillez communiquer avec :
Philippe Garvie, agent de recherche
Tél. : (819) 776-7660, poste 7476
Courriel : philippe_garvie@ssss.gouv.qc.ca
104, rue Lois, Hull (Québec) J8Y 3R7

Dépôt légal
Bibliothèque nationale du Québec – Bibliothèque nationale du Canada - ISBN : 2-920750-97-2

RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE L'OUTAOUAIS
DIRECTION DE LA SANTÉ PUBLIQUE

Avril 2002

ENQUÊTE SOCIALE ET DE SANTÉ

OUTAOUAIS
1 9 9 8

LES RÉSULTATS DE L'ENQUÊTE SOCIALE ET DE SANTÉ 1998 POUR LA RÉGION DE L'OUTAOUAIS SONT PUBLIÉS SOUS FORME DE FICHES, CHACUNE CORRESPONDANT À UN DES THÈMES DE L'ENQUÊTE.

NOS FICHES

Fiche 1 : Méthodes
Fiche 2 : Caractéristiques sociales et socioéconomiques
Fiche 3 : Usage du tabac
Fiche 4 : Consommation d'alcool
Fiche 5 : Consommation de drogues et autres substances psychoactives
Fiche 6 : Alimentation : perceptions, pratiques et insécurité alimentaire
Fiche 7 : Activité physique
Fiche 8 : Poids corporel
Fiche 9 : Comportements sexuels et utilisation du condom
Fiche 10 : Orientation sexuelle et santé
Fiche 11 : Divers comportements de santé propres aux femmes
Fiche 12 : Perception de l'état de santé
Fiche 13 : Problèmes d'audition
Fiche 14 : Problèmes auditifs et problèmes visuels
Fiche 15 : Accidents avec blessures
Fiche 16 : Santé mentale
Fiche 17 : Idées suicidaires et parasuicides
Fiche 18 : Incapacité et limitation d'activités
Fiche 19 : Recours aux services des professionnels de la santé et des services sociaux
Fiche 20 : Recours aux hospitalisations, à la chirurgie d'un jour et aux services posthospitaliers
Fiche 21 : Recours au service Info-Santé CLSC
Fiche 22 : Consommation de médicaments
Fiche 23 : Vaccination contre la grippe
Fiche 24 : Famille et santé
Fiche 25 : Environnement de soutien
Fiche 26 : Travail et santé
Fiche 27 : Environnement psychosocial au travail
Fiche 28 : Couverture des frais de santé par un régime d'assurance privé
Fiche 29 : Spiritualité, religion et santé

Incapacité et limitation d'activités

Introduction

L'état de santé d'une population ne se mesure pas seulement par la prévalence des problèmes de santé, mais aussi par la capacité des individus d'exercer pleinement et de façon autonome leurs rôles sociaux et leurs activités quotidiennes. L'*Enquête sociale et de santé 1998* constitue une source importante d'informations sur l'autonomie fonctionnelle de la population québécoise vivant en ménages privés. Elle nous renseigne notamment sur la prévalence des limitations d'activités à long terme et sur le nombre de journées d'incapacité déclarées.

On trouvera dans la présente fiche une présentation des données sur la prévalence, les origines et les causes des limitations d'activités, ainsi qu'un profil des journées d'incapacité dans la population de l'Outaouais. Ces données seront comparées avec celles obtenues pour l'ensemble de la province.

Notons par ailleurs que Santé Québec et l'Institut de la Statistique du Québec ont approfondi ces questions dans une enquête séparée, soit l'*Enquête québecoise sur les limitations d'activités 1998* (Camirand et al., 2001). Cette enquête fournit notamment des informations complémentaires sur les besoins d'aide (comblés ou non) et sur les sources d'aide pour les soins personnels et les activités quotidiennes.

Aspects méthodologiques

Les questions sur les limitations d'activités et l'incapacité proviennent des sections I - Incapacité au cours des deux dernières semaines et II - Limitation des activités, du questionnaire administré par l'intervieweur (QRI). Selon les termes de la Classification internationale des handicaps (Organisation mondiale de la santé, 1988), l'*Enquête sociale et de santé 1998* ne mesure pas la déficience (troubles de fonctionnement des organes) ni l'incapacité au sens strict (difficulté ou impossibilité d'accomplir des activités particulières comme monter un escalier ou lire un journal avec ses lunettes, par exemple).

Le questionnaire recueille plutôt de l'information sur deux aspects de la perte d'autonomie fonctionnelle, soit : 1) les limitations d'activités à long terme reliées à un problème de santé ou à une maladie chronique physique ou mentale et 2) les journées d'incapacité au cours des deux semaines ayant précédé l'enquête qui sont liées à des raisons de santé.

Par définition, une limitation d'activités restreint une personne dans le type ou la quantité d'activités qu'elle peut accomplir à cause d'une maladie chronique physique ou mentale, ou d'un problème de santé (QRI7, QRI8). Une personne peut être incapable d'exercer son activité principale (travailler, étudier, tenir maison), être restreinte dans son activité principale, ou encore avoir d'autres limitations d'activités (QRI9 à QRI11).

En rapportant une limitation d'activités pour un autre membre du ménage, le répondant devait spécifier si elle était le résultat d'un accident ou d'une blessure (QRI13). Ces renseignements permettaient de déterminer l'origine de la limitation. Lorsque la limitation était due à un accident ou à une blessure, son origine était considérée comme « externe ». Toute autre origine était portée à la catégorie « autres ».

Les problèmes de santé ayant entraîné une limitation (QRI12) ont été regroupés en six catégories : les problèmes ostéoarticulaires (comprenant l'arthrite, le rhumatisme, le mal de dos), les problèmes respiratoires (comprenant les affections respiratoires aiguës, l'influenza, la bronchite, l'emphysème et l'asthme), les problèmes cardiovasculaires (comprenant l'hypertension et les maladies cardiaques), les traumatismes (comprenant les accidents, les empoisonnements et les blessures intentionnelles), les problèmes mentaux et les autres problèmes.

Pour chaque personne, les journées d'incapacité sont calculées sur une base annuelle. Le nombre de journées d'incapacité déclarées pour les deux semaines précédant l'enquête est multiplié pas 26, moyenne que l'on rapporte ensuite à l'ensemble de la population vivant dans les ménages privés. Les journées d'incapacité sont partagées en trois catégories : journées d'alitement (incapacité lourde, QRI1), journées d'incapacité par rapport à une activité principale (incapacité modérée, QRI2) et journées de restriction des activités habituelles (incapacité légère, QRI3). Seul le nombre total de journées d'incapacité, obtenu en faisant la somme de ces journées d'incapacité lourde, modérée et légère (QRI4), est rapporté dans la présente fiche.

Les questions sur les limitations d'activités dans l'enquête de 1998 figuraient déjà dans les deux précédentes enquêtes générales de Santé Québec. D'autres questions posées en 1987 et en 1992-1993 ont été reprises dans l'*Enquête québécoise sur les limitations d'activités 1998*. Soulignons enfin que les données présentées ne s'appliquent pas aux personnes vivant en institution.

Résultats

En Outaouais, 12,1 % de la population vit avec une limitation d'activités à long terme, ce qui représente une proportion plus élevée que dans l'ensemble du Québec (tableau 1). Comparativement aux résultats de 1987, il semble que la prévalence de la perte d'autonomie soit en augmentation en Outaouais, tendance que l'on observe aussi dans l'ensemble du Québec et ailleurs au Canada. Les données du tableau 1 démontrent également que les femmes sont plus touchées par les limitations d'activités que les hommes, tant en Outaouais que dans l'ensemble de la province. À cet égard, l'écart entre les sexes semble aller en s'accentuant.

Tableau 1 - Pourcentage de la population ayant des limitations d'activités à long terme, par sexe, Outaouais 1987, 1992-93 et 1998, Québec 1998.

Sexe	% Outaouais 1987	% Outaouais 1992-93	% Outaouais 1998	% Québec 1998
Hommes	6,6	7,8	10,3	8,2
Femmes	9,1	8,6	13,8	10,4
Total	7,8	8,0	12,1	9,3

Les pourcentages indexés du même exposant sont significativement différents pour des intervalles de confiance à 95%.

De façon générale, la prévalence de la perte d'autonomie à long terme augmente avec l'âge. En Outaouais, la proportion des individus qui sont dépendants ou qui présentent une limitation fonctionnelle passe graduellement de 3,4 % chez les 0-24 ans à 30 % chez les 65 ans et plus, tandis que dans l'ensemble du Québec, la proportion des personnes ayant une limitation d'activités passe de 3 % chez les 0-24 ans à 22,6 % chez les 65 ans et plus. Les données de l'enquête de 1998 ne révèlent aucune différence statistiquement significative entre l'Outaouais et le Québec.

En comparaison, la proportion des personnes présentant une limitation d'activités à long terme en Outaouais semble avoir augmenté de façon importante chez les 25-44 ans et chez les 65 ans et plus depuis 1992-1993. Dans ce dernier groupe d'âge, trois personnes sur dix sont actuellement en perte d'autonomie.

Tableau 2 - Pourcentage de la population ayant des limitations d'activités à long terme, par groupe d'âge, Outaouais 1987, 1992-93 et 1998, Québec 1998.

Groupe d'âge	% Outaouais 1987	% Outaouais 1992-93	% Outaouais 1998	% Québec 1998

* Estimation imprécise : à interpréter avec prudence.
** Estimation très imprécise : fournie à titre indicatif seulement.

En général, le portrait de l'Outaouais quant à l'origine des limitations d'activités à long terme ressemble à celui de l'ensemble du Québec. L'Outaouais compte près de 38 000 personnes présentant des limitations d'activités. De ce nombre 21 %, soit 8 000 personnes, sont affectées suite à un événement d'origine accidentelle. Les autres facteurs à l'origine de limitations d'activités à long terme sont les maladies et leurs séquelles, ainsi que les handicaps et les malformations, souvent présents depuis la naissance.

Tableau 3 - Origines de limitations d'activités à long terme, Outaouais 1998 et Québec 1998.

Origine	% Outaouais 1998	% Québec 1998

** Estimation très imprécise : fournie à titre indicatif seulement.

Les principales causes médicales de limitations d'activités à long terme, autant en Outaouais que dans l'ensemble du Québec, sont les maladies ostéoarticulaires, les maladies cardiovasculaires, les maladies respiratoires, les traumatismes et les maladies mentales. Ces cinq catégories expliquent à elles seules près de 70 % de toutes les limitations d'activités rapportées. On n'observe aucune différence significative entre la région et le Québec en ce qui concerne les pourcentages associés aux différentes catégories présentées au tableau 4.

Tableau 4 - Causes médicales de limitations d'activités à long terme, Outaouais et Québec, 1998.

Cause	% Outaouais 1998	% Québec 1998

* Estimation imprécise : à interpréter avec prudence.
** Estimation très imprécise : fournie à titre indicatif seulement.

Le nombre de journées d'incapacité totale en Outaouais est demeuré relativement stable de 1987 à 1998, à environ 20 par année par personne en moyenne (tableau 5). Les hommes rapportaient un peu moins de journées d'incapacité en 1998 qu'en 1992-93, alors que les femmes en rapportaient un peu plus. Les différences observées entre les sexes en 1998 en Outaouais ne sont cependant pas statistiquement significatives, comme celles observées entre l'Outaouais et l'ensemble du Québec.

Tableau 5 - Nombre annuel moyen de journées d'incapacité totale selon le sexe, Outaouais 1987, 1992-93 et 1998, Québec 1998.

Sexe	% Outaouais 1987	% Outaouais 1992-93	% Outaouais 1998	% Québec 1998

En général, le nombre annuel moyen de journées d'incapacité totale augmente avec l'âge, tant en Outaouais que dans l'ensemble du Québec. On observe depuis l'enquête de 1992-1993 une forte baisse du nombre de journées d'incapacité chez les 65-74 ans et surtout chez les 75 ans et plus. Par contre, la situation est demeurée relativement stable chez les 45-64 ans et chez les 25-44 ans. Chez les jeunes, on observe des tendances inverses chez les 15-24 ans et chez les 0-14 ans respectivement. Les résultats par groupes d'âge obtenus en Outaouais en 1998 ne diffèrent pas de façon significative de ceux de l'ensemble du Québec.

Tableau 6 - Nombre annuel moyen de journées d'incapacité totale selon les groupes d'âge, Outaouais 1987, 1992-93 et 1998, Québec 1998.

Groupe d'âge	% Outaouais 1987	% Outaouais 1992-93	% Outaouais 1998	% Québec 1998

Conclusion

En général, la prévalence des limitations fonctionnelles dans la population s'avère un peu plus importante chez les femmes que chez les hommes et elle augmente avec l'âge. La proportion de la population présentant des limitations

d'activités à long terme est plus élevée en Outaouais (12 %) que dans l'ensemble du Québec (9 %). La prévalence des limitations d'activités a augmenté de façon marquée chez les personnes âgées de 65 ans et plus entre 1992-1993 et 1998, et elle atteint désormais les 30 %. Toutes ces données vont dans le même sens que celles recueillies dans une autre enquête québécoise plus spécifique, l'*Enquête québécoise sur les limitations d'activités 1998*.

Selon les données de l'*Enquête sociale et de santé 1998*, les limitations d'activités à long terme affectant les résidants de l'Outaouais sont d'origine accidentelle dans 21 % des cas. La grande majorité des limitations à long terme est cependant attribuable aux maladies chroniques. Ces maladies sont, en ordre décroissant d'importance, les maladies ostéoarticulaires, les maladies cardiovasculaires, les maladies respiratoires et les maladies mentales.

Chaque personne rapportant une incapacité fonctionnelle en Outaouais en 1998 a été « totalement » limitée dans ses activités pendant 19 jours en moyenne au cours de l'année précédant l'enquête. Ce nombre est demeuré remarquablement stable depuis 1987. Cela dit, le nombre annuel moyen de jours d'incapacité diminue constamment chez les personnes âgées, alors qu'il semble augmenter chez les jeunes. À cet égard, l'Outaouais ne se démarque pas de façon significative de l'ensemble du Québec.

Ces résultats, comme ceux obtenus dans d'autres enquêtes canadiennes et québécoises, suggèrent que la prévalence des formes lourdes de perte d'autonomie fonctionnelle à long terme a diminué, mais qu'il y a une prévalence accrue pour les formes moins graves. Les conséquences de ces changements sur les services de santé sont importantes. On peut notamment prévoir qu'il sera désormais possible d'éviter ou de retarder l'hébergement institutionnel pour une plus grande proportion de personnes âgées, dans la mesure où nous pourrons déployer davantage de ressources d'appoint pour les aidants familiaux et de meilleurs services à domicile.

Par ailleurs, le groupe démographique important des « baby boomers » arrive maintenant à l'âge de la retraite. Bien que ce groupe soit généralement en meilleure santé, plus riche et mieux éduqué que la génération précédente, il engendrera néanmoins une pression énorme sur les services de santé, et notamment sur les services de réadaptation, de soins à domicile et d'hébergement à long terme.

RÉGIE RÉGIONALE
DE LA SANTÉ ET DES
SERVICES SOCIAUX
DE L'OUTAOUAIS
DIRECTION DE LA SANTÉ PUBLIQUE

ENQUÊTE SANTÉ QUÉBEC

OUTAOUAIS

1 9 9 8

Les résultats régionaux de l'Enquête sociale et de santé 1998 sont publiés par la Direction de la Santé publique de la Régie régionale de la Santé et des Services sociaux de l'Outaouais.
Toute reproduction est autorisée à condition de mentionner la source.

ONT COLLABORÉ À CETTE PUBLICATION

Rédaction

Philippe Garvie
Jean-Pierre Courteau
Christine Olivier
Nicole Truchon
Santé Québec

Infographie

Sylvie Bélisle

Pour toute information relative au contenu de cette fiche ou pour obtenir d'autres numéros, veuillez communiquer avec :

Philippe Garvie
agent de recherche

Tél. : (819) 776-7660, poste 7476
Courriel : philippe_garvie@ssss.gouv.qc.ca

104, rue Lois
Hull (Québec) J8Y 3R7

Dépôt légal
Bibliothèque nationale du Québec
Bibliothèque nationale du Canada
ISBN : 2-920780-98-0

Février 2002

ENQUÊTE SOCIALE ET DE SANTÉ

OUTAOUAIS
1 9 9 8

LES RÉSULTATS DE L'ENQUÊTE SOCIALE ET DE SANTÉ 1998 POUR LA RÉGION DE L'OUTAOUAIS SONT PUBLIÉS SOUS FORME DE FICHES, CHACUNE CORRESPONDANT À UN DES THÈMES DE L'ENQUÊTE.

NOS FICHES

Fiche 1 : Méthodes
Fiche 2 : Caractéristiques sociales et socioéconomiques
Fiche 3 : Usage du tabac
Fiche 4 : Consommation d'alcool
Fiche 5 : Consommation de drogues et autres substances psychoactives
Fiche 6 : Alimentation : perceptions, pratiques et insécurité alimentaire
Fiche 7 : Activité physique
Fiche 8 : Poids corporel
Fiche 9 : Comportements sexuels et utilisation du condom
Fiche 10 : Orientation sexuelle et santé
Fiche 11 : Divers comportements de santé propres aux femmes
Fiche 12 : Perception de l'état de santé
Fiche 13 : Problèmes d'ouïe
Fiche 14 : Problèmes auditifs et problèmes visuels
Fiche 15 : Accidents avec blessures
Fiche 16 : Santé mentale
Fiche 17 : Idées suicidaires et parasuicides
Fiche 18 : Incapacité et limitation d'activités
Fiche 19 : Recours aux services des professionnels de la santé et des services sociaux
Fiche 20 : Recours aux hospitalisations, à la chirurgie d'un jour et aux services posthospitaliers
Fiche 21 : Recours au service Info-Santé CLSC
Fiche 22 : Consommation de médicaments
Fiche 23 : Vaccination contre la grippe
Fiche 24 : Famille et santé
Fiche 25 : Environnement de soutien
Fiche 26 : Travail et santé
Fiche 27 : Environnement psychosocial au travail
Fiche 28 : Couverture des frais de santé par un régime d'assurance privé
Fiche 29 : Spiritualité, religion et santé

Recours aux services des professionnels de la santé et des services sociaux

Introduction

Les services de santé constituent un déterminant de la santé au même titre que les facteurs biologiques et socioéconomiques, les habitudes de vie et l'environnement physique et social. Les données de l'*Enquête sociale et de santé 1998*, même si elles ne présentent pas un portrait complet du recours aux services de santé, apportent un bon éclairage sur la capacité du système de santé et de services sociaux à répondre aux besoins de la population. L'enquête fournit des renseignements qui ne se retrouvent pas dans les banques de données provenant de fichiers administratifs. En effet, ceux-ci ne portent que sur certains types de professionnels de la santé, surtout les médecins, et contiennent très peu de renseignements sur les caractéristiques des utilisateurs.

Dans cette fiche, nous examinerons le taux de consultation des professionnels dans leur ensemble, puis nous distinguerons les consultations auprès des médecins de celles menées auprès d'autres types de professionnels. Les résultats seront présentés selon les caractéristiques démographiques des utilisateurs en lien avec certains indicateurs de l'état de santé de la population. Nous aborderons aussi brièvement la question relative au niveau de satisfaction des usagers.

Aspects méthodologiques

Les données concernant l'utilisation des services des professionnels de la santé sont tirées des sections III (recours aux services de santé ou aux services sociaux) et IX (questions sur les problèmes de santé déclarés) du questionnaire rempli par l'intervieweur (QRI). Les données analysées portent sur l'ensemble de la population.

La principale mesure utilisée est le taux de consultation, soit le pourcentage de la population qui s'est adressée à un professionnel de la santé ou des services sociaux au cours des deux semaines ayant précédé l'enquête. Quatorze questions (QRI16 à QRI29) permettent de dresser un inventaire des différents types de professionnels consultés au cours de cette période.

Plusieurs études ont démontré la présence de biais dans la mesure de l'utilisation des services de santé lorsque l'on fait appel à la mémoire des personnes qui participent à une enquête. Le fait d'utiliser la consultation au cours des deux semaines précédant l'enquête comme mesure du recours aux services, plutôt qu'une période de quatre, six ou douze mois comme c'est le cas dans d'autres enquêtes, a l'avantage de réduire les biais de mémoire. Par contre, elle ne permet pas d'évaluer l'ensemble de l'utilisation des services au cours d'un épisode de maladie, par exemple. Cette méthodologie entraîne donc une sous-estimation de l'importance de la consultation des médecins par rapport aux autres types de professionnels.

Résultats

Un résidant de l'Outaouais sur quatre a consulté au moins un professionnel de la santé au cours des deux semaines précédant l'enquête. Près de la moitié de ces personnes ont vu un médecin, 13 % sont entrées en contact avec un pharmacien et 12,5 % ont rendu visite à un dentiste. Environ 5 % des personnes ayant consulté ont eu recours aux services d'un optométriste et un pourcentage équivalent aux services d'une infirmière, tandis que 4 % ont requis les services d'un chiropraticien. Les consultations auprès des professionnels des autres catégories ont été moins fréquentes.

Parmi les personnes ayant vu un médecin au cours des deux semaines précédant l'enquête, une majorité a consulté en cabinet privé. Ceci est encore plus vrai en Outaouais (78 %) que dans l'ensemble du Québec (67 %). Les résidants de l'Outaouais ont un peu moins tendance à consulter un médecin spécialiste que la moyenne des québécois. Par ailleurs, 18 % des résidants de l'Outaouais ont dû parcourir plus de 20 kilomètres pour consulter un médecin généraliste, alors que la proportion correspondante au Québec est de 9 %. L'Outaouais présente à cet égard un profil typique d'une région « éloignée », bien qu'il s'agisse d'une région « intermédiaire ».

Dans l'ensemble, le taux de consultation d'un professionnel de la santé en Outaouais est similaire à celui observé dans l'ensemble du Québec. Les femmes ont tendance à consulter dans une plus grande proportion que les hommes et les personnes plus âgées ont également tendance à consulter davantage (tableau 1). Ces résultats vont dans le même sens que ceux obtenus dans la plupart des enquêtes nord-américaines portant sur l'utilisation des services de santé.

Tableau 1 - Proportion de la population de tous âges ayant consulté au moins un professionnel de la santé au cours des deux semaines précédant l'enquête, selon le sexe et l'âge, Outaouais et Québec, 1998.

Consultation d'au moins un professionnel	% Outaouais 1998	% Québec 1998
Total		
Hommes		
Femmes		
Groupe d'âge		
0 à 14 ans		
15 à 24 ans		
25 à 44 ans		
45 à 64 ans		
65 ans et plus		

[1] Estimation imprécise : à interpréter avec prudence.

Les résultats présentés au tableau 2 démontrent qu'une mauvaise perception de son état de santé, d'une part, et le fait de présenter au moins un problème de santé chronique, d'autre part, sont respectivement associés à un taux de consultation environ deux fois plus élevé. Par ailleurs, les personnes se déclarant en « bonne » santé dans notre région consultent moins les professionnels de la santé que celles qui se perçoivent en « très bonne » ou en « excellente » santé. Cette incongruité est difficile à expliquer, d'autant plus que le taux de consultation de cette catégorie de personnes est également plus faible que celui observé dans l'ensemble du Québec. La signification pratique de ce résultat est incertaine.

Tableau 2 - Proportion de la population de tous âges ayant consulté au moins un professionnel de la santé au cours des deux semaines précédant l'enquête, selon la perception de leur état de santé et la présence ou l'absence d'un problème chronique, Outaouais et Québec, 1998.

Variables	% Outaouais 1998	% Québec 1998
Perception de l'état de santé		
Problème chronique		

Les pourcentages indexés du même exposant sont significativement différents pour des intervalles de confiance à 95 %.

Les taux de consultations médicales et les taux de consultations auprès des professionnels toutes catégories confondues sont présentés au tableau 3. Il n'existe aucune différence entre les taux observés en Outaouais et ceux observés dans l'ensemble du Québec. La tendance générale qu'ont les femmes à consulter davantage s'applique autant aux consultations médicales qu'à celles effectuées auprès des autres types de professionnels de la santé.

Tableau 3 - Proportion de la population de tous âges ayant consulté un professionnel de la santé au cours des deux semaines précédant l'enquête, selon le type de professionnel, par sexe, Outaouais et Québec, 1998.

Variables	% Outaouais 1998	% Québec 1998
Consultation d'un médecin		
Consultation d'un autre professionnel		

Près de trois quarts des personnes interrogées se sont dites « très satisfaites » ou « assez satisfaites » des services de santé offerts dans notre région. Les réponses obtenues en Outaouais et dans l'ensemble du Québec, à cet égard, sont assez semblables. Ces résultats correspondent également à ceux recueillis dans la plupart des enquêtes de satisfaction effectuées au cours des dernières années au Québec et dans les autres provinces canadiennes.

Conclusion

De façon générale, les données concernant le recours aux services des professionnels de la santé et des services sociaux par la population de l'Outaouais sont comparables à celles observées dans l'ensemble du Québec. Elles démontrent une consommation de services plus importante chez les femmes, chez les personnes qui se considèrent en moins bonne santé, chez les personnes ayant des problèmes de santé chroniques et chez les personnes âgées. Les consultations médicales représentent environ la moitié de l'ensemble des consultations et la population a eu recours deux fois plus souvent aux services d'un médecin généraliste qu'à ceux d'un médecin spécialiste.

Par ailleurs, les données régionales laissent entrevoir certains problèmes d'accès aux services médicaux. D'une part, les résidants de l'Outaouais ont tendance à consulter moins souvent un médecin spécialiste que l'ensemble des Québécois. Cette sous-consommation pourrait s'expliquer par une offre moins importante de services médicaux spécialisés dans la région. En effet, selon les données de la Régie de l'assurance-maladie du Québec, le nombre de médecins spécialistes par tranche de population en Outaouais est d'environ 50 % inférieur à la moyenne provinciale. Ces renseignements ne tiennent cependant pas compte des médecins spécialistes ontariens qui dispensent des services à des résidants de l'Outaouais.

D'autre part, les résidants de l'Outaouais sont proportionnellement plus nombreux que ceux des autres régions périphériques et intermédiaires à devoir parcourir au moins 20 kilomètres pour rencontrer un médecin généraliste. Ce fait pourrait être attribuable à une plus grande dispersion de la population, puisque le nombre de médecins généralistes par tranche de population en Outaouais se situe par ailleurs dans la moyenne québécoise.

Plus de 78 % de toutes les consultations médicales en Outaouais ont lieu en « bureau privé », comparativement à 67 % dans l'ensemble du Québec. Ce résultat a de quoi surprendre car il est actuellement très difficile pour un « nouveau » patient et sa famille de trouver un

médecin de famille pratiquant en cabinet privé, particulièrement en Outaouais urbain. Cette contradiction apparente s'explique peut-être par le fait que les « cabinets privés » incluent, au sens de l'enquête, les cliniques sans rendez-vous. Selon la littérature nord-américaine, plusieurs médecins généralistes ont, au cours des dernières années, délaissé la pratique de la médecine familiale traditionnelle pour réorienter leur pratique vers le « sans rendez-vous ».

La tendance est relativement forte en Outaouais comparativement à l'ensemble du Québec. Toutes proportions gardées, la disponibilité des cliniques sans rendez-vous dans la région semble effectivement assez importante, particulièrement en zone urbaine. Pour les médecins, il s'agit d'un mode de pratique plus rémunérateur et moins exigeant sur les plans personnel et professionnel. Paradoxalement, ce mode de pratique répond aux attentes d'un grand nombre de patients, moins « fidélisés » à un seul médecin que ceux des générations précédentes et plus enclins à consulter sans délai, même s'ils doivent rencontrer un praticien qu'ils connaissent peu ou pas du tout.

Une partie importante des travaux de la Commission Clair a porté précisément sur la problématique de l'accès à des soins médicaux de première ligne continus et de bonne qualité. Le rapport de la Commission contient des recommandations concrètes visant à améliorer l'accessibilité aux soins d'un médecin de famille, notamment par la création de « groupes de médecine familiale » possédant des responsabilités bien définies dans le suivi d'une clientèle pré-déterminée.

RÉGIE RÉGIONALE
DE LA SANTÉ ET DES
SERVICES SOCIAUX
DE L'OUTAOUAIS
DIRECTION DE LA SANTÉ PUBLIQUE

ENQUÊTE SANTÉ QUÉBEC

OUTAOUAIS

1 9 9 8

Les résultats régionaux de l'Enquête sociale et de santé 1998 sont publiés par la Direction de la Santé publique de la Régie régionale de la Santé et des Services sociaux de l'Outaouais.
Toute reproduction est autorisée à condition de mentionner la source.

ONT COLLABORÉ À CETTE PUBLICATION

Rédaction
Philippe Garvie
Jean-Pierre Courteau
Normand Trempe
Santé Québec

Infographie
Sylvie Bélisle

Pour toute information relative au contenu de cette fiche ou pour obtenir d'autres numéros, veuillez communiquer avec :

Philippe Garvie
agent de recherche

Tél. : (819) 776-7660, poste 7476
Courriel : philippe_garvie@ssss.gouv.qc.ca

104, rue Lois
Hull (Québec) J8Y 3R7

Dépôt légal
Bibliothèque nationale du Québec
Bibliothèque nationale du Canada
ISBN : 2-920780-91-3

Avril 2002

ENQUÊTE SOCIALE ET DE SANTÉ

OUTAOUAIS
1 9 9 8

LES RÉSULTATS DE L'ENQUÊTE SOCIALE ET DE SANTÉ 1998 POUR LA RÉGION DE L'OUTAOUAIS SONT PUBLIÉS SOUS FORME DE FICHES, CHACUNE CORRESPONDANT À UN DES THÈMES DE L'ENQUÊTE.

NOS FICHES

Fiche 1 : Méthodes
Fiche 2 : Caractéristiques sociales et socioéconomiques
Fiche 3 : Usage du tabac
Fiche 4 : Consommation d'alcool
Fiche 5 : Consommation de drogues et autres substances psychoactives
Fiche 6 : Alimentation : perceptions, pratiques et insécurité alimentaire
Fiche 7 : Activité physique
Fiche 8 : Poids corporel
Fiche 9 : Comportements sexuels et utilisation du condom
Fiche 10 : Orientation sexuelle et santé
Fiche 11 : Divers comportements de santé propres aux femmes
Fiche 12 : Perception de l'état de santé
Fiche 13 : Problèmes auditifs
Fiche 14 : Problèmes visuels et problèmes visuels
Fiche 15 : Accidents et blessures
Fiche 16 : Santé mentale
Fiche 17 : Idées suicidaires et parasuicides
Fiche 18 : Incapacité et limitation d'activités
Fiche 19 : Recours aux services des professionnels de la santé et des services sociaux
Fiche 20 : Recours aux hospitalisations, à la chirurgie d'un jour et aux services post-hospitaliers
Fiche 21 : Recours au service Info-Santé CLSC
Fiche 22 : Consommation de médicaments
Fiche 23 : Vaccination contre la grippe
Fiche 24 : Famille et santé
Fiche 25 : Environnement de soutien
Fiche 26 : Travail et santé
Fiche 27 : Environnement psychosocial au travail
Fiche 28 : Couverture des frais de santé par un régime d'assurance privé
Fiche 29 : Spiritualité, religion et santé

Recours aux hospitalisations et à la chirurgie d'un jour

Introduction

Dans la foulée des récentes transformations du système de santé et des services sociaux, différentes stratégies ont été mises en place pour faire face à la croissance des besoins et à la nécessité de contenir les coûts. Dans le secteur hospitalier, les modifications de l'offre de services se sont notamment traduites par une réduction du nombre et de la durée des hospitalisations et par un recours plus fréquent à la chirurgie d'un jour. Ces changements ont eu des conséquences importantes sur les CLSC, qui ont vu leur clientèle s'accroître et qui doivent désormais offrir une gamme plus étendue de services post-hospitaliers. Parallèlement, la participation de la famille et des proches à la prestation des services s'intensifie et cette tendance devrait se poursuivre au cours des prochaines années.

Aspects méthodologiques

La présente fiche aborde deux aspects de l'utilisation des services, soit le recours à la chirurgie d'un jour et à l'hospitalisation. Le recours à la chirurgie d'un jour est mesuré par la proportion de personnes qui, au cours des 12 mois ayant précédé l'enquête, a été traité à l'hôpital pour une opération sans y avoir passé la nuit. Le recours à l'hospitalisation est mesuré par la proportion de la population qui, au cours de la même période, a passé au moins une nuit à l'hôpital, pour quelque raison que ce soit. Ces informations ont été obtenues à partir de deux questions faisant partie du questionnaire rempli par l'intervieweur (QRI105 et QRI118).

Le recours à l'hospitalisation n'a pas été traité dans l'enquête de 1992-1993. Ce sujet avait cependant été abordé en 1987. Cela dit, il n'est pas possible de comparer les données obtenues en 1987 à celles de la présente enquête, car la formulation des questions a été modifiée. De plus, l'enquête de 1998 comporte plusieurs questions originales. Par ailleurs, le recours à la chirurgie d'un jour est abordé pour la première fois dans les enquêtes de Santé Québec.

Les données présentées dans cette fiche sont extrêmement fragmentaires, en raison de la taille limitée de l'échantillon régional. Le rapport provincial traite également du recours aux services post-hospitaliers à domicile, de la perception des personnes utilisatrices de services et de l'accessibilité géographique.

Résultats

Selon les résultats de l'enquête, on peut déduire qu'environ 20 000 personnes, soit 6,2 % de la population de l'Outaouais, ont été hospitalisées au moins une fois au cours des 12 mois précédant l'enquête. Par ailleurs, environ 14 000 personnes ont subi une chirurgie d'un jour, un nombre correspondant à 4,4 % de la population totale. Ces proportions sont, dans les deux cas, similaires à celles observées dans l'ensemble de la population du Québec.

Dans le rapport provincial, on note que le taux de chirurgie d'un jour augmente avec l'âge. Par ailleurs, le taux d'hospitalisation est également plus élevé chez les Québécois et les Québécoises âgées de 65 ans et plus, de même que chez les personnes moins scolarisées, pauvres et très pauvres. Le taux est également plus élevé chez les femmes que chez les hommes (8 % comparativement à 6 %), mais les données incluent les accouchements, qui sont responsables d'une grande partie de l'écart entre les sexes à cet égard.

Tableau 1 - Recours à la chirurgie d'un jour et à l'hospitalisation au moins une fois au cours des 12 mois ayant précédé l'enquête, population totale, Outaouais et Québec 1998.

	Outaouais 1998		Québec 1998	
	%	Nombre (estimé)	%	Nombre (estimé)
Personnes traitées en chirurgie d'un jour	4,4	14 000	4,3	320 000
Personnes hospitalisées	6,2	20 000	6,4	455 000

Conclusion

L'*Enquête sociale et de santé 1998* fournit des données très fragmentaires sur les hospitalisations et la chirurgie d'un jour. Leur utilité sur une base régionale s'avère très limitée et ces données comportent un degré d'imprécision beaucoup plus élevé que celles provenant des bases de données sur la morbidité hospitalière (comme MED-ECHO par exemple). Elles ne peuvent donc être utilisées à des fins de planification.

Les données présentées ici suggèrent néanmoins que l'Outaouais présente un profil identique à celui de l'ensemble du Québec en ce qui a trait au recours à l'hospitalisation ou à la chirurgie d'un jour. Cela n'a rien de surprenant, puisque les analyses provinciales des données de l'enquête n'ont pas fait ressortir de différences significatives entre les types de régions (centrales, intermédiaires, périphériques, éloignées) en ce qui a trait aux indicateurs présentés.

ENQUÊTE SANTÉ QUÉBEC

OUTAOUAIS

1 9 9 8

Les résultats régionaux de l'Enquête sociale et de santé 1998 sont publiés par la Direction de la Santé publique de la Régie régionale de la Santé et des Services sociaux de l'Outaouais. Toute reproduction est autorisée à condition de mentionner la source.

ONT COLLABORÉ À CETTE PUBLICATION

Rédaction:
Philippe Garvie
Jean-Pierre Courteau
Michel Cardinal
Nicole Truchon
Santé Québec

Infographie:
Sylvie Bélisle

Pour toute information relative au contenu de cette fiche ou pour obtenir d'autres numéros, veuillez communiquer avec :

Philippe Garvie, agent de recherche
Tél. : (819) 776-7660, poste 7476

Courriel : Philippe_garvie@ssss.gouv.qc.ca
104, rue Lois, Hull (Québec) J8Y 3R7

Dépôt légal
Bibliothèque nationale du Québec
Bibliothèque nationale du Canada
ISBN : 2-920780-93-X

RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE L'OUTAOUAIS
DIRECTION DE LA SANTÉ PUBLIQUE

Avril 2002

ENQUÊTE SOCIALE ET DE SANTÉ

OUTAOUAIS
1 9 9 8

LES RÉSULTATS DE L'ENQUÊTE SOCIALE ET DE SANTÉ 1998 POUR LA RÉGION DE L'OUTAOUAIS SONT PUBLIÉS SOUS FORME DE FICHES, CHACUNE CORRESPONDANT À UN DES THÈMES DE L'ENQUÊTE.

NOS FICHES

Fiche 1 : Méthodes
Fiche 2 : Caractéristiques sociales et socioéconomiques
Fiche 3 : Usage du tabac
Fiche 4 : Consommation d'alcool
Fiche 5 : Consommation de drogues et autres substances psychoactives
Fiche 6 : Alimentation : perceptions, pratiques et insécurité alimentaire
Fiche 7 : Activité physique
Fiche 8 : Poids corporel
Fiche 9 : Comportements sexuels et utilisation du condom
Fiche 10 : Orientation sexuelle et santé
Fiche 11 : Divers comportements de santé propres aux femmes
Fiche 12 : Perception de l'état de santé
Fiche 13 : Problèmes [illegible]
Fiche 14 : Problèmes auditifs et problèmes visuels
Fiche 15 : Accidents et blessures
Fiche 16 : Santé mentale
Fiche 17 : Idées suicidaires et parasuicides
Fiche 18 : Incapacité et limitation d'activités
Fiche 19 : Recours aux services des professionnels de la santé et des services sociaux
Fiche 20 : Recours aux hospitalisations, à la chirurgie d'un jour et aux services posthospitaliers
Fiche 21 : Recours au service Info-Santé CLSC
Fiche 22 : Consommation de médicaments
Fiche 23 : Vaccination contre la grippe
Fiche 24 : Famille et santé
Fiche 25 : Environnement de soutien
Fiche 26 : Travail et santé
Fiche 27 : Environnement psychosocial au travail
Fiche 28 : Couverture des frais de santé par un régime d'assurance privé
Fiche 29 : Spiritualité, religion et santé

Recours au service téléphonique Info-Santé CLSC

Introduction

Info-Santé CLSC est un service téléphonique qui permet à l'ensemble de la population de communiquer en tout temps avec une infirmière pour obtenir de l'information ou des conseils au sujet de n'importe quelle question relative à la santé et au bien-être. Au besoin, l'infirmière orientera l'interlocuteur vers la ressource sociosanitaire la plus appropriée, qu'elle soit publique, privée ou communautaire. Ce service est dispensé par les CLSC à travers tout le Québec depuis 1995, à l'exception des régions nordiques. Le système de santé québécois a été le premier en Amérique du Nord à offrir un tel service sur la plus grande partie de son territoire et Info-Santé CLSC se classe aujourd'hui comme un chef de file dans le domaine des soins infirmiers téléphoniques en Amérique du nord. Info-Santé vise le renforcement de l'autonomie des individus dans la prise en charge de leur santé et de celle de leurs proches, ainsi que l'utilisation judicieuse des ressources du réseau de la santé et des services sociaux.

Les objectifs poursuivis dans le cadre de la présente enquête étaient de mesurer la notoriété d'Info-Santé CLSC (soit la proportion de la population connaissant l'existence du service) et d'en décrire l'utilisation. L'analyse permettra notamment de comparer les caractéristiques des personnes qui connaissent le service et qui l'utilisent à celles du reste de la population.

Aspects méthodologiques

Trois questions portant sur le service téléphonique Info-Santé CLSC, qui figurent à la section XIV du questionnaire autoadministré (QAA), ont été retenues pour le rapport régional. La première question est : « Savez-vous s'il existe un service téléphonique Info-Santé dans votre région ? » (QAA194). Les deux questions suivantes permettent de connaître la proportion des personnes ayant déjà utilisé le service au moins une fois au cours de leur vie (QAA195) et la fréquence d'utilisation au cours des 12 derniers mois (QAA196). Les questions sur le service Info-Santé CLSC apparaissent pour la première fois dans l'enquête sociale et de santé 1998. Les données recueillies ne pourront donc pas être comparées.

Il est possible que certaines personnes au sujet desquelles un appel à Info-Santé a été logé par l'entremise d'un tiers aient inclus cet appel dans leurs réponses aux questions portant sur l'utilisation du service (QAA195 et QAA196). Les taux d'utilisation pourraient ainsi être surestimés parce qu'un appel pouvait avoir été rapporté plus d'une fois. Par ailleurs, la question sur la fréquence d'utilisation au cours des 12 mois ayant précédé l'enquête (QAA196) porte sur une période assez longue et pourrait avoir entraîné un biais de mémoire.

En général, les femmes connaissent et utilisent davantage le service Info-Santé que les hommes, tant en Outaouais que dans l'ensemble du Québec. Le tableau 1 montre toutefois que les résidants et les résidantes de l'Outaouais connaissent moins bien Info-Santé que la moyenne des répondants du même sexe dans l'ensemble de la province. Cependant, malgré cette moins bonne connaissance du service, le taux d'utilisation d'Info-Santé est similaire, sinon un peu plus élevé, en Outaouais que dans l'ensemble du Québec.

Tableau 1 - Connaissance de l'existence, utilisation à vie et utilisation au cours de la période de 12 mois ayant précédé l'enquête, du service Info-Santé CLSC, selon le sexe, population de 15 ans et plus, Outaouais et Québec, 1998.

	% Outaouais 1998		% Québec 1998	
	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes

Les pourcentages indexés du même exposant sont significativement différents pour des intervalles de confiance à 95 %.

Les personnes appartenant au groupe des 25-44 ans consultent le plus souvent le service Info-Santé (tableau 2). Ceci s'explique par le fait que ces personnes ont, plus souvent que les autres, de jeunes enfants à la maison. En effet, selon le rapport provincial, le principal motif d'appel à Info-Santé est la recherche de conseils de santé concernant les enfants. D'ailleurs, le deuxième groupe d'âge qui consulte le plus souvent est celui des 15-24 ans, probablement pour la même raison. Le taux de consultation du service chez les 65 ans et plus et chez les 45-64 ans est environ deux fois plus faible que celui observé chez les 25-44 ans. Cette observation vaut autant pour le taux de consultation « à vie » que pour les 12 mois précédant l'enquête. À ces égards, l'ensemble du profil d'utilisation par groupes d'âge observé en Outaouais n'est pas significativement différent de celui observé dans l'ensemble de la province.

Tableau 2 - Utilisation à vie et utilisation au cours de la période de 12 mois ayant précédé l'enquête, du service Info-Santé CLSC, selon l'âge, population de 15 ans et plus, Outaouais et Québec, 1998.

	% Outaouais 1998		% Québec 1998	
Groupe d'âge	Ayant déjà obtenu des conseils	Ayant utilisé le service dans les derniers 12 mois	Ayant déjà obtenu des conseils	Ayant utilisé le service dans les derniers 12 mois

* Estimation imprécise. À interpréter avec prudence.

** Estimation très imprécise. Fournie à titre indicatif seulement.

En revanche, la fréquence d'utilisation du service Info-Santé en Outaouais semble différer quelque peu de celle observée dans l'ensemble du Québec. Alors qu'on observe en Outaouais une moins grande proportion d'utilisateurs ayant consulté seulement une ou deux fois au cours de la dernière année, il semble y avoir une plus grande propension chez les utilisateurs de la région à consulter Info-Santé à de multiples reprises (tableau 3).

Tableau 3 - Fréquence d'utilisation, au cours d'une période de 12 mois, du service Info-Santé CLSC, population de 15 ans et plus, Outaouais et Québec, 1998.

Fréquence d'utilisation	% Outaouais 1998	% Québec 1998

Les pourcentages indexés du même exposant sont significativement différents pour des intervalles de confiance à 95 %.

* Estimation imprécise. À interpréter avec prudence.

La mise en place du service Info-Santé CLSC dans la région de l'Outaouais date de 1989, alors que la plupart des autres régions n'ont implanté ce service que vers 1995. Notons à cet égard qu'en Outaouais Info-Santé a été conçu à l'origine dans le but de contribuer au rapatriement de la clientèle québécoise qui utilisait des services de santé du côté de l'Ontario. Curieusement, le fait que le service existe depuis plus longtemps dans notre région ne semble pas avoir augmenté sa notoriété dans la population. Par contre, le service est autant, sinon plus utilisé qu'ailleurs au Québec. Les analyses provinciales ont démontré que les principaux utilisateurs sont des adultes d'âge moyen qui recherchent des conseils relatifs à la santé de leurs enfants. Les données régionales de l'enquête montrent par ailleurs que la clientèle d'Info-Santé pourrait être particulièrement satisfaite du service, comme en fait foi sa tendance à consulter plus fréquemment.

À la lumière de ces résultats, il serait pertinent de réaliser une évaluation des services d'Info-Santé dans la région, après plus de dix ans d'existence, notamment dans le but d'améliorer leur notoriété et leur utilisation. Le service téléphonique Info-Santé constitue plus que jamais une voie à privilégier dans le système de santé québécois, notamment afin de réduire la pression exercée sur les urgences des hôpitaux, au même titre que le développement d'autres services professionnels de première ligne, tels les groupes de médecins de famille.

ENQUÊTE SANTÉ QUÉBEC OUTAOUAIS 1998

Les résultats régionaux de l'Enquête sociale et de santé 1998 sont publiés par la Direction de la Santé publique de la Régie régionale de la Santé et des Services sociaux de l'Outaouais. Toute reproduction est autorisée à condition de mentionner la source.

Rédaction: Philippe Garvie, Jean-Pierre Courteau, Lucie Giguère, Nicole Truchon, Santé Québec

Infographie: Sylvie Bélisle

Pour toute information relative au contenu de cette fiche ou pour obtenir d'autres numéros, veuillez communiquer avec : Philippe Garvie, agent de recherche

Tél. : (819) 776-7660, poste 7478 - Courriel : Philippe_garvie@ssss.gouv.qc.ca

104, rue Lois, Hull (Québec) J8Y 3R7

Dépôt légal - Bibliothèque nationale du Québec - Bibliothèque nationale du Canada - ISBN : 2-920780-99-4

Avril 2002

ENQUÊTE SOCIALE ET DE SANTÉ

OUTAOUAIS
1 9 9 8

LES RÉSULTATS DE L'ENQUÊTE SOCIALE ET DE SANTÉ 1998 POUR LA RÉGION DE L'OUTAOUAIS SONT PUBLIÉS SOUS FORME DE FICHES, CHACUNE CORRESPONDANT À UN DES THÈMES DE L'ENQUÊTE.

NOS FICHES

Fiche 1 : Méthodes
Fiche 2 : Caractéristiques sociales et socioéconomiques
Fiche 3 : Usage du tabac
Fiche 4 : Consommation d'alcool
Fiche 5 : Consommation de drogues et autres substances psychoactives
Fiche 6 : Alimentation : perceptions, pratiques et insécurité alimentaire
Fiche 7 : Activité physique
Fiche 8 : Poids corporel
Fiche 9 : Comportements sexuels et utilisation du condom
Fiche 10 : Orientation sexuelle et santé
Fiche 11 : Divers problèmes de santé propres aux femmes
Fiche 12 : Perception de l'état de santé
Fiche 13 : Problèmes d'audition
Fiche 14 : Problèmes de vue et problèmes visuels
Fiche 15 : Accidents domestiques
Fiche 16 : Santé mentale
Fiche 17 : Idées suicidaires et parasuicides
Fiche 18 : Incapacité et limitation d'activités
Fiche 19 : Recours aux services des professionnels de la santé et des services sociaux
Fiche 20 : Recours aux hospitalisations, à la chirurgie d'un jour et aux services posthospitaliers
Fiche 21 : Recours au service Info-Santé CLSC
Fiche 22 : Consommation de médicaments
Fiche 23 : Vaccination contre la grippe
Fiche 24 : Famille et santé
Fiche 25 : Environnement de soutien
Fiche 26 : Travail et santé
Fiche 27 : Environnement psychosocial au travail
Fiche 28 : Couverture des frais de santé par un régime d'assurance privé
Fiche 29 : Spiritualité, religion et santé

Consommation de médicaments

Introduction

La mise en marché de nouveaux médicaments s'est accélérée depuis quelques années, à tel point que les produits pharmaceutiques représentent une part de plus en plus importante des dépenses de santé dans les pays industrialisés. Les médicaments peuvent constituer des agents efficaces dans la prévention, le traitement ou le soulagement des effets de la maladie. Leur utilisation optimale, permettant de maximiser les avantages pour la santé tout en diminuant les risques et les coûts, peut contribuer de façon importante à l'amélioration de l'état de santé de la population.

Il existe deux types de processus conduisant à la consommation de médicaments. Dans le premier, l'individu ressentant un malaise a recours à la médication de son propre chef ou sous l'influence de son entourage. Ces médicaments sont désignés dans la présente fiche par « médicaments non prescrits ». Dans le second, la consommation de médicaments fait suite à la recommandation d'un médecin ou d'un dentiste. Ces médicaments sont appelés ici « médicaments prescrits ». Tout comme les enquêtes précédentes de Santé Québec, l'*Enquête sociale et de santé 1998* permet de documenter l'utilisation de ces deux types de médicaments.

Depuis la réalisation de l'*Enquête sociale et de santé 1992-1993*, le contexte de l'accessibilité aux médicaments a beaucoup changé au Québec. Depuis janvier 1997, grâce à la *Loi sur l'assurance médicaments*, tous les Québécois bénéficient d'une aide financière de l'État pour se procurer les médicaments qui leur sont prescrits. Cette loi a notamment permis à un million et demi de personnes, jusqu'alors non assurées, de bénéficier d'un programme d'assurance. Par contre, la *Loi sur l'assurance médicaments* a également majoré la contribution des personnes âgées et d'une grande partie des prestataires de la Sécurité du revenu au moment de l'achat de médicaments prescrits.

Aspects méthodologiques

Les données relatives à la consommation de médicaments dans cette enquête proviennent de la section IV du questionnaire rempli par l'intervieweur (QRI). La question principale et la liste des classes de médicaments dont il est question dans la présente fiche (QRI33 à QRI45) ont été reprises des enquêtes de 1987 et de 1992-1993.

La question principale posée au répondant du ménage est la suivante : « Hier ou avant-hier, est-ce que quelqu'un du foyer a fait usage des produits suivants ? ». Douze classes de substances médicamenteuses sont ensuite énumérées: analgésiques, tranquillisants (incluant les sédatifs ou somnifères), médicaments pour le cœur ou la tension artérielle, antibiotiques, remèdes ou médicaments pour l'estomac, laxatifs, remèdes contre la toux ou le rhume, onguents, vitamines ou minéraux, suppléments alimentaires comme la levure de bière, les algues, la poudre d'os, etc., stimulants et pilule contraceptive (chez les femmes de 12 ans et plus uniquement). Une treizième catégorie regroupe tous les autres médicaments non compris dans les douze classes précédentes.

Lors de l'entrevue, l'intervieweur devait identifier avec précision chaque produit mentionné, en ayant recours à l'étiquette au besoin. Pour chaque médicament, il lui fallait aussi faire préciser si celui-ci avait été obtenu ou non sur l'avis d'un médecin ou d'un dentiste, si sa consommation était régulière (tous les jours ou quelques fois par semaine) ou non, la durée de son utilisation (moins d'un mois, d'un mois à moins de six mois, de six mois à moins d'un an ou d'un an et plus), de même que le principal problème de santé pour lequel la personne avait pris ce médicament.

La quasi totalité des questions portant sur les médicaments ayant été empruntée aux enquêtes de 1987 et de 1992-1993, il a été possible d'établir des comparaisons dans le temps. Cela dit, notons toutefois que les informations relatives à la fréquence de consommation, telle qu'elle est définie en 1998, n'étaient pas disponibles pour 1987, pas plus que celles portant sur la durée d'utilisation.

Les résultats exposés dans la présente fiche portent sur la consommation et non sur l'acquisition de médicaments. Ils permettent ainsi d'étudier un aspect qui ne peut pas être documenté à partir des chiffres d'affaires des pharmacies ou des banques de données administratives, comme celle de la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ).

Afin de minimiser les biais de mémoire, la quête d'informations se limitait aux deux jours ayant précédé l'enquête. Par ailleurs, une mauvaise classification des produits par le répondant était susceptible de se produire. Par exemple, des produits comme les « vitamines ou minéraux » peuvent avoir été classés avec les « stimulants pour avoir plus d'énergie ou se remonter le moral ». La validité des résultats peut aussi être entachée par la tendance des individus à répondre de façon socialement désirable.

Résultats

Selon les données de Santé Québec, on peut affirmer que plus de la moitié de la population de l'Outaouais a consommé au moins un médicament, prescrit ou non, au cours des deux jours ayant précédé l'enquête. On note une légère hausse par rapport à 1992-93 mais cette hausse n'est certainement pas comparable à celle qui avait été observée entre 1987 et 1992-93 (tableau 1). La proportion de personnes ayant consommé au moins un médicament était alors passée de 47 % à 53 %, ce qui constitue une hausse statistiquement significative. Le tableau 1 démontre également que les femmes sont plus nombreuses à consommer des médicaments que les hommes, conformément à la tendance observée dans toutes les enquêtes nord-américaines.

Tableau 1 - Pourcentage de personnes ayant pris au moins un médicament au cours d'une période de deux jours, selon le sexe, population totale, Outaouais 1987, 1992-1993 et 1998, Québec 1998.

Sexe	% Outaouais 1987	% Outaouais 1992-93	% Outaouais 1998	% Québec 1998

Les pourcentages indexés du même exposant sont significativement différents pour des intervalles de confiance à 95 %.

La proportion de personnes ayant consommé au moins un médicament dans les deux derniers jours augmente avec l'âge, passant de 40 % chez les individus de 0-14 ans à 85 % chez les 65 ans et plus. Dans l'ensemble, la proportion de personnes ayant rapporté l'usage d'au moins un médicament tend à être plus élevée en 1998 qu'en 1992-93, sauf chez le groupe des 0-14 ans (tableau 2).

La proportion de personnes qui prennent au moins un médicament en Outaouais est similaire à celle observée au Québec dans chacun des groupes d'âge, à l'exception de celui des 45 à 64 ans. De fait, dans ce groupe, les résidants de l'Outaouais sont proportionnellement plus nombreux que dans l'ensemble du Québec à consommer au moins un médicament. De plus, le groupe des 45-64 ans est le seul à avoir connu une augmentation significative de sa proportion d'utilisateurs entre chacune des trois enquêtes successives de Santé Québec.

Tableau 2 - Pourcentage de personnes ayant absorbé au moins un médicament au cours d'une période de deux jours, selon le groupe d'âge, population totale, Outaouais 1987, 1992-1993 et 1998, Québec 1998.

Âge	% Outaouais 1987	% Outaouais 1992-93	% Outaouais 1998	% Québec 1998

Les pourcentages indexés du même exposant sont significativement différents pour des intervalles de confiance à 95 %.

Selon les données de l'enquête de 1998, plus du tiers de la population de l'Outaouais, tout comme celle du Québec, a consommé au moins un médicament prescrit dans les deux jours précédant l'enquête. Le taux d'utilisation chez les femmes est environ deux fois plus élevé que chez les hommes, un rapport qui demeure relativement constant depuis 1987 (tableau 3).

Tableau 3 - Pourcentage de personnes ayant absorbé au moins un médicament prescrit au cours d'une période de deux jours, selon le sexe, population totale, Outaouais 1987, 1992-1993 et 1998, Québec 1998.

Sexe	% Outaouais 1987	% Outaouais 1992-93	% Outaouais 1998	% Québec 1998

Le tableau 4 démontre que les proportions d'utilisateurs dans les différents groupes d'âge en Outaouais et dans l'ensemble du Québec sont similaires. En général, la proportion croit avec l'âge, jusqu'à atteindre plus de 80 % chez les résidants de l'Outaouais âgés de 65 ans et plus.

Tableau 4 - Pourcentage de personnes ayant pris au moins un médicament prescrit au cours d'une période de deux jours, selon le groupe d'âge, population totale, Outaouais 1987, 1992-1993 et 1998, Québec 1998.

Âge	% Outaouais 1987	% Outaouais 1992-93	% Outaouais 1998	% Québec 1998

Estimation imprécise : à interpréter avec prudence.

En 1998, près de 35 % de la population de l'Outaouais a consommé au moins un médicament non prescrit durant la période de référence. Cette proportion est significativement plus élevée que celle observée dans l'ensemble de la province (tableau 5). Après une forte augmentation entre 1987 et 1992-93, tant chez les hommes que chez les femmes, la proportion de consommateurs n'a pas augmenté de façon statistiquement significative en Outaouais entre 1992-93 et 1998.

Tableau 5 - Pourcentage de personnes ayant absorbé au moins un médicament non prescrit au cours d'une période de deux jours, selon le sexe, population totale, Outaouais 1987, 1992-1993 et 1998, Québec 1998.

Sexe	% Outaouais 1987	% Outaouais 1992-93	% Outaouais 1998	% Québec 1998

Les pourcentages indexés du même exposant sont significativement différents pour des intervalles de confiance à 95 %.

Contrairement à ce que nous observions pour les médicaments prescrits, la proportion d'utilisateurs de médicaments non prescrits ne varie pas systématiquement en fonction de l'âge (tableau 6). Par contre, on observe une plus grande proportion d'utilisateurs de médicaments non prescrits en Outaouais que dans l'ensemble du Québec chez les 15-24 ans et chez les 45-64 ans. Ces résultats expliquent la consommation globale de médicaments relativement élevée observée chez ces groupes d'âge (voir tableau 2).

Tableau 6 - Pourcentage de personnes ayant absorbé au moins un médicament non prescrit au cours d'une période de deux jours, selon le groupe d'âge, population totale, Outaouais 1987, 1992-1993 et 1998, Québec 1998.

Âge	% Outaouais 1987	% Outaouais 1992-93	% Outaouais 1998	% Québec 1998

Les pourcentages indexés du même exposant sont significativement différents pour des intervalles de confiance à 95 %.

Estimation imprécise : à interpréter avec prudence.

Fiche 22

Dans l'ensemble, le profil de consommation par classe de médicaments en Outaouais est similaire à celui observé dans l'ensemble de la province (tableau 7). Les classes de médicaments utilisées par la plus grande proportion d'individus en 1998 sont, dans l'ordre, les vitamines ou minéraux, les médicaments « autres », les analgésiques et les médicaments pour le cœur ou la tension artérielle. En Outaouais, la prise de contraceptifs oraux a été rapportée par 14 % des femmes âgées de 12 à 49 ans, comparativement à 17 % des femmes du même groupe d'âge dans l'ensemble du Québec. Cette différence n'est pas statistiquement significative.

Entre 1987 et 1992-93, on a observé une augmentation significative de la proportion des personnes ayant consommé des analgésiques et des vitamines ou minéraux. Par contre, aucune augmentation significative dans l'une ou l'autre des classes spécifiques de médicaments n'a été observée entre 1992-1993 et 1998.

Tableau 7 - Pourcentage de personnes ayant absorbé au moins un médicament, prescrit ou non, au cours d'une période de deux jours, selon la classe de médicaments, population totale, Outaouais 1987, 1992-1993 et 1998, Québec 1998.

Type de médicaments	% Outaouais 1987	% Outaouais 1992-93	% Outaouais 1998	% Québec 1998
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]

[illegible] Dénominateur - Femmes âgées de 12 à 49 ans.

Les pourcentages indexés du même exposant sont significativement différents pour des intervalles de confiance à 95 %.

Estimation imprécise : à interpréter avec prudence.

Estimation très imprécise : fournie à titre indicatif seulement.

Conclusion

Les résultats régionaux de l'*Enquête sociale et de santé 1998* démontrent que le profil d'utilisation de médicaments prescrits par un médecin ou un dentiste en Outaouais correspond à celui observé dans l'ensemble de la province. Une personne sur trois en Outaouais et au Québec a pris au moins un médicament obtenu sur prescription durant la période de référence de deux jours. La proportion d'utilisateurs de médicaments obtenus sur ordonnance augmente avec l'âge et demeure environ deux fois plus élevée chez les femmes que chez les hommes. Ces résultats sont similaires à ceux obtenus dans d'autres enquêtes nord-américaines.

La proportion de personnes prenant des médicaments en vente libre ne varie pas systématiquement en fonction de l'âge. De même, la différence entre les hommes et les femmes en ce qui a trait à l'utilisation de ce type de produits est moins importante que pour les médicaments obtenus sur prescription. Cela dit, en Outaouais une proportion relativement élevée de la population fait régulièrement usage de produits en vente libre. La proportion d'utilisateurs de médicaments non prescrits s'avère significativement plus élevée que la moyenne québécoise chez les 15-24 ans et chez les 45-64 ans. À la lumière de ces résultats, il faut s'interroger sur la nature précise des produits en vente libre qui sont consommés, notamment par les jeunes.

ENQUÊTE SANTÉ QUÉBEC OUTAOUAIS 1998

Les résultats régionaux de l'Enquête sociale et de santé 1998 sont publiés par la Direction de la Santé publique de la Régie régionale de la Santé et des Services sociaux de l'Outaouais. Toute reproduction est autorisée à condition de mentionner la source.

ONT COLLABORÉ À CETTE PUBLICATION

Rédaction:
Philippe Garvie, Jean-Pierre Courteau
Nicole Truchon, Santé Québec

Infographie:
Sylvie Bélisle

Pour toute information relative au contenu de cette fiche ou pour obtenir d'autres numéros, veuillez communiquer avec :

Philippe Garvie, agent de recherche
Tél. : (819) 776-7660, poste 7476

Courriel : Philippe_garvie@ssss.gouv.qc.ca
104, rue Lois, Hull (Québec) J8Y 3R7

Dépôt légal
Bibliothèque nationale du Québec
Bibliothèque nationale du Canada
ISBN : 2-920780-89-1

RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE L'OUTAOUAIS
DIRECTION DE LA SANTÉ PUBLIQUE

Avril 2002

ENQUÊTE SOCIALE ET DE SANTÉ

OUTAOUAIS
1 9 9 8

LES RÉSULTATS DE L'ENQUÊTE SOCIALE ET DE SANTÉ 1998 POUR LA RÉGION DE L'OUTAOUAIS SONT PUBLIÉS SOUS FORME DE FICHES, CHACUNE CORRESPONDANT À UN DES THÈMES DE L'ENQUÊTE.

NOS FICHES

Fiche 1 : Méthodes
Fiche 2 : Caractéristiques sociales et socioéconomiques
Fiche 3 : Usage du tabac
Fiche 4 : Consommation d'alcool
Fiche 5 : Consommation de drogues et autres substances psychoactives
Fiche 6 : Alimentation : perceptions, pratiques et insécurité alimentaire
Fiche 7 : Activité physique
Fiche 8 : Poids corporel
Fiche 9 : Comportements sexuels et utilisation du condom
Fiche 10 : Orientation sexuelle et santé
Fiche 11 : Divers comportements de santé propres aux femmes
Fiche 12 : Perception [illegible] de santé
Fiche 13 : Problèmes [illegible]
Fiche 14 : Problèmes [illegible] problèmes visuels
Fiche 15 : Accidents [illegible] blessures
Fiche 16 : Santé mentale
Fiche 17 : Idées suicidaires et parasuicides
Fiche 18 : Incapacité et limitation d'activités
Fiche 19 : Recours aux services des professionnels de la santé et des services sociaux
Fiche 20 : Recours aux hospitalisations, à la chirurgie d'un jour et aux services posthospitaliers
Fiche 21 : Recours au service Info-Santé CLSC
Fiche 22 : Consommation de médicaments
Fiche 23 : Vaccination contre la grippe
Fiche 24 : Famille et santé
Fiche 25 : Environnement de soutien
Fiche 26 : Travail et santé
Fiche 27 : Environnement psychosocial au travail
Fiche 28 : Couverture des frais de santé par un régime d'assurance privé
Fiche 29 : Spiritualité, religion et santé

Vaccination contre la grippe

Introduction

La vaccination est la mesure la plus efficace pour prévenir et atténuer les effets néfastes de la grippe (influenza). Au Québec, il existe un programme d'immunisation gratuit visant d'abord les personnes à risque élevé de présenter des complications de la grippe, c'est-à-dire, les personnes atteintes de maladies chroniques (principalement cardiaques ou pulmonaires), les personnes hébergées en institutions et les personnes de 65 ans et plus. Le programme s'adresse également aux individus susceptibles de transmettre l'influenza à des personnes à risque élevé, notamment les travailleurs de la santé et le personnel des centres d'hébergement. Certains employeurs fournissent également le vaccin à leurs employés pour diminuer l'absentéisme au travail.

Les *Priorités nationales de santé publique 1997-2002* (Ministère de la santé et des services sociaux, 1997) ont fixé des objectifs élevés en matière de couverture vaccinale antigrippale. En effet, il a été déterminé en 1997 que 80 % des personnes âgées vivant en institution et que 60 % des personnes de 65 ans et plus vivant en milieu ouvert devaient être immunisées en 2002.

La présente fiche nous introduit aux données de l'*Enquête sociale et de santé 1998* portant sur la vaccination antigrippale. L'influenza, appelé communément la grippe, est une infection virale des voies respiratoires qui survient en général à la fin de l'automne et pendant les mois d'hiver, sous forme d'éclosions et d'épidémies d'évolution rapide. Il s'agit de la principale affection respiratoire pour laquelle la population adulte consulte le médecin. L'influenza peut engendrer une morbidité importante et des complications sérieuses, voire le décès, en particulier chez les personnes âgées et celles souffrant de maladies chroniques.

Aspects méthodologiques

L'information relative à la vaccination contre la grippe a été obtenue à partir de la section IV du questionnaire rempli par l'intervieweur (QRI), qui porte principalement sur la consommation de médicaments. La principale question (QRI48) a été posée au répondant du ménage et cherchait à savoir si quelqu'un du foyer avait reçu le vaccin contre la grippe au cours des 12 mois ayant précédé l'enquête.

Il est évident que cette longue période de référence pouvait entraîner un biais de mémoire, et conséquemment une réponse invalide, notamment de la part des personnes âgées. De plus, la période de l'enquête chevauchait deux campagnes d'immunisation, celle de l'automne 1997 et celle de l'automne 1998, ce qui pouvait créer une certaine confusion.

Les groupes d'âge correspondent aux populations ciblées par le programme d'immunisation provincial. Seulement trois groupes sont analysés : les 0 à 44 ans, les 45 à 64 ans et les 65 ans et plus.

Résultats

Tout âge confondu, plus de 8 % de la population de l'Outaouais a reçu le vaccin contre la grippe au cours de la période de référence de 12 mois précédant l'enquête, ce qui représente un pourcentage similaire à celui observé dans l'ensemble de la province (tableau 1). Les femmes ont été plus nombreuses que les hommes à recevoir le vaccin, un résultat qui s'explique en partie par la plus forte représentation des femmes dans le groupe d'âge des 65 ans et plus.

Le taux de couverture vaccinale contre l'influenza varie selon l'âge. Les personnes de 65 ans et plus sont vaccinées dans une proportion d'environ 43 % en Outaouais et de 38 % au Québec. Chez les 45-64 ans, où le vaccin est surtout destiné aux porteurs de maladies chroniques, le taux de couverture atteint 14,5 % en Outaouais comparativement à 8,7 % dans l'ensemble du Québec. Cela dit, les différences observées entre la région et le Québec ne sont pas statistiquement significatives, à cause du nombre relativement faible de répondants régionaux à cette partie de l'enquête.

Tableau 1 - Vaccination contre la grippe au cours d'une période de 12 mois selon le sexe et l'âge, population totale, Outaouais 1998 et Québec 1998.

	% Outaouais 1998	% Québec 1998
0 à 44 ans	1,9**	2,2
45 à 64 ans	14,5	8,7
65 ans et plus	42,6	38,2
Hommes	6,4*	6,6
Femmes	10,4	9,0
Sexes réunis	8,4	7,8

* Estimation imprécise : à interpréter avec prudence.
** Estimation très imprécise : fournie à titre indicatif seulement.

Conclusion

Les preuves de l'efficacité de la vaccination antigrippale pour réduire la morbidité, la mortalité et les coûts de la maladie sont extrêmement solides. L'Ontario s'est dotée durant l'année 2000 d'un programme universel de vaccination contre l'influenza et la mise en place d'un programme similaire au Québec est envisagée. Par ailleurs, la vaccination est l'élément clé de la stratégie élaborée par les autorités de santé publique au Québec et dans l'ensemble de l'Amérique du nord dans l'éventualité d'une pandémie mondiale d'influenza. Selon un consensus d'experts internationaux, une telle pandémie pourrait se produire à n'importe quel moment au cours des prochaines années et elle constituerait un événement de santé publique majeur.

Les données régionales et provinciales obtenues dans l'*Enquête sociale et de santé 1998* indiquent que le taux de couverture actuel dans le plus important groupe cible du programme d'immunisation québécois contre l'influenza, soit les personnes âgées vivant dans la communauté, est nettement inférieur à l'objectif de 60 % déterminé dans les *Priorités nationales de santé publique*. De plus, lorsque l'on compare ces résultats avec ceux obtenus dans les enquêtes effectuées au cours des dix dernières années, on ne note pas d'amélioration significative du taux de couverture. L'augmentation du nombre de doses distribuées par le MSSS au cours de cette période n'aurait contribué qu'à compenser pour l'augmentation démographique importante qui a été observée chez le groupe des 65 ans et plus.

Pour les autres groupes visés par le programme d'immunisation contre la grippe, il est beaucoup plus difficile d'évaluer la couverture vaccinale en utilisant des données administratives. Conséquemment, les estimations tirées de la présente enquête constituent des données précieuses. Il semble que la couverture vaccinale chez les personnes souffrant de maladies chroniques soit encore très faible, et que le taux d'immunisation du personnel soignant des établissements de santé puisse également être amélioré. ■

ENQUÊTE SANTÉ QUÉBEC OUTAOUAIS 1998

Les résultats régionaux de l'Enquête sociale et de santé 1998 sont publiés par la Direction de la Santé publique de la Régie régionale de la Santé et des Services sociaux de l'Outaouais. Toute reproduction est autorisée à condition de mentionner la source.

Rédaction : Jean-Pierre Courteau, Philippe Garvie, Nicole Truchon, Santé Québec
Infographie : Sylvie Bélisle

Pour toute information relative au contenu de cette fiche ou pour obtenir d'autres numéros, veuillez communiquer avec :
Philippe Garvie, agent de recherche
Tél. : (819) 776-7660, poste 7476
Courriel : philippe_garvie@ssss.gouv.qc.ca
104, rue Lois, Hull (Québec) J8Y 3R7

Dépôt légal
Bibliothèque nationale du Québec - Bibliothèque nationale du Canada - ISBN : 2-920780-99-9

RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE L'OUTAOUAIS
DIRECTION DE LA SANTÉ PUBLIQUE

Avril 2002

ENQUÊTE SOCIALE ET DE SANTÉ

OUTAOUAIS
1 9 9 8

LES RÉSULTATS DE L'ENQUÊTE SOCIALE ET DE SANTÉ 1998 POUR LA RÉGION DE L'OUTAOUAIS SONT PUBLIÉS SOUS FORME DE FICHES, CHACUNE CORRESPONDANT À UN DES THÈMES DE L'ENQUÊTE.

NOS FICHES

Fiche 1 : Méthodes
Fiche 2 : Caractéristiques sociales et socioéconomiques
Fiche 3 : Usage du tabac
Fiche 4 : Consommation d'alcool
Fiche 5 : Consommation de drogues et autres substances psychoactives
Fiche 6 : Alimentation : perceptions, pratiques et insécurité alimentaire
Fiche 7 : Activité physique
Fiche 8 : Poids corporel
Fiche 9 : Comportements sexuels et utilisation du condom
Fiche 10 : Orientation sexuelle et santé
Fiche 11 : Divers comportements de santé propres aux femmes
Fiche 12 : Perception [illegible] de santé
Fiche 13 : Problèmes [illegible]
Fiche 14 : Problèmes [illegible] problèmes visuels
Fiche 15 : Accidents [illegible] blessures
Fiche 16 : Santé mentale
Fiche 17 : Idées suicidaires et parasuicides
Fiche 18 : Incapacité et limitation d'activités
Fiche 19 : Recours aux services des professionnels de la santé et des services sociaux
Fiche 20 : Recours aux hospitalisations, à la chirurgie d'un jour et aux services posthospitaliers
Fiche 21 : Recours au service Info-Santé CLSC
Fiche 22 : Consommation de médicaments
Fiche 23 : Vaccination contre la grippe
Fiche 24 : Famille et santé
Fiche 25 : Environnement de soutien
Fiche 26 : Travail et santé
Fiche 27 : Environnement psychosocial au travail
Fiche 28 : Couverture des frais de santé par un régime d'assurance privé
Fiche 29 : Spiritualité, religion et santé

Environnement de soutien

Introduction

L'un des avancements majeurs du dernier siècle dans le domaine des sciences de la santé est la démonstration du lien qui existe entre l'entourage social d'un individu et sa santé. Cependant, les mécanismes d'interaction entre l'environnement social et la santé sont encore mal connus. Ainsi, les relations humaines peuvent être à certains moments une source de stress, et à d'autres moments constituer un filet de protection contre les agressions.

Les recherches les plus récentes sur la question suggèrent que des difficultés associées aux conflits interpersonnels chroniques ont une influence sur le système immunitaire d'un individu en altérant les mécanismes de régulation du système endocrinien. On sait aussi que dans les situations difficiles, les individus socialement intégrés et ayant un confident ou des relations intimes satisfaisantes opposent une meilleure résistance à la maladie.

À l'inverse, la maladie physique ou mentale peut contribuer à détériorer les relations intimes d'un individu, diminuer ses capacités mêmes d'intégration sociale ou altérer ses capacités de mobilisation d'aide en cas de besoin.

Comme en 1992-1993, l'*Enquête sociale et de santé 1998* accorde une place stratégique à l'analyse de l'environnement de soutien des individus. De l'enquête précédente, elle retient l'analyse de l'intégration sociale, la satisfaction quant aux rapports sociaux et la taille du réseau de soutien. Un nouveau volet a toutefois été intégré à l'enquête provinciale et a été retenu pour la production du rapport régional, soit les événements traumatisants en bas âge. Les événements traumatisants vécus à des étapes critiques du développement, dès le plus jeune âge, durant l'enfance ou durant l'adolescence, sont susceptibles d'accroître la vulnérabilité des individus lorsque le soutien social est faible. Des recherches récentes ont montré que ce n'est pas tant les événements comme tels qui sont en cause, comme la séparation ou le divorce des parents, mais surtout certaines difficultés pouvant en découler, comme les difficultés financières, le relogement, la recomposition familiale, les mauvais traitements, etc. Ces difficultés ont été associées à des conséquences néfastes pour l'individu à l'âge adulte.

La politique de la santé et du bien-être reconnaît l'environnement social comme l'un des déterminants de la santé et fait du renforcement du réseau familial et social l'une de ses priorités d'action. L'*Enquête sociale et de santé 1998* apporte une contribution inédite à l'analyse de ce déterminant.

La présente fiche examine d'abord l'indice de soutien social ainsi que ses composantes, en établissant des comparaisons entre l'Outaouais et l'ensemble du Québec en 1998. Par la suite, elle décrit la situation de vie, soit le fait de vivre seul ou non, le niveau de satisfaction quant au fait de vivre seul, et les événements traumatisants vécus durant l'enfance ou l'adolescence. Les résultats sont présentés selon le sexe, l'âge et certaines caractéristiques démographiques et socio-économiques (état matrimonial de fait et niveau de revenu).

Aspects méthodologiques

Les questions portant sur le soutien social, la satisfaction quant à la situation de vie et les événements traumatisants vécus durant l'enfance ou l'adolescence sont tirées de la section XI - « Votre vie en général » du questionnaire autoadministré (QAA). La situation de vie est établie à l'aide de la section d'identification du questionnaire rempli par l'intervieweur (QRI). À l'exception des questions portant sur les événements traumatisants, qui s'adressent aux personnes de 18 ans et plus, les questions traitées dans la présente fiche visent la population de 15 ans et plus.

L'indice de soutien social qui a été retenu est celui élaboré par Santé Québec pour l'enquête de 1992-1993 (Camirand et al., 1993). L'indice est composé d'éléments qui se rapportent à trois dimensions conceptuelles distinctes. Les deux premières questions servant à la construction de l'indice (QAA146 et QAA147) portent sur la notion de participation ou d'intégration sociale. Les trois suivantes traitent de la satisfaction quant aux rapports sociaux (QAA148 à QAA150), tandis que les six dernières concernent la taille du réseau de soutien (QAA151 à QAA156). Les valeurs attribuées à l'indice peuvent varier de 0 à 100. Les réponses sont distribuées en cinq tranches égales (quintiles). Le premier quintile correspond à un niveau faible de l'indice de soutien social, alors que le cinquième correspond à un niveau élevé. Les résultats sont cependant présentés de façon dichotomique : le premier quintile (niveau faible) est opposé aux quatre autres (niveaux plus élevés).

La situation de vie des Québécois est mesurée à l'aide d'un indice et de deux questions. Comme dans l'enquête précédente, le fait de vivre seul ou non est établi à partir d'un indice qui tient compte de la taille du ménage et du fait de vivre en couple ou non à l'intérieur du ménage (section d'identification du QRI). Le fait de se trouver heureux ou non de vivre seul est mesuré à l'aide de la question QAA160, reprise de l'enquête de 1992-1993.

Les événements traumatisants vécus durant l'enfance ou l'adolescence, c'est-à-dire avant l'âge de 18 ans, sont évalués au moyen de nouvelles questions (QAA164 à QAA170) ajoutées à l'enquête de 1998. La section comporte sept éléments regroupés en un « indice d'événements traumatisants vécus durant l'enfance ou l'adolescence ». Ces événements comprennent, entre autres, le divorce des parents, une longue hospitalisation, le chômage prolongé des parents, la consommation fréquente d'alcool ou l'usage fréquent de drogue par un parent. Le score total de l'indice est établi à partir du nombre d'événements rapportés par les répondants ayant fourni au moins une réponse positive à l'une ou l'autre des questions QAA164 à QAA170. Un score plus élevé indique plus de facteurs de stress. Cet indice a aussi été élaboré par Statistique Canada et il fait davantage référence à l'univers théorique des événements qualifiés de critiques qu'à celui des événements traumatisants. La terminologie de Statistique Canada a toutefois été conservée.

Les résultats d'une enquête menée par Statistique Canada en 1996 ont démontré que l'indice d'événements traumatisants vécus durant l'enfance ou l'adolescence présente une bonne validité prédictive en regard de problèmes de santé physique et mentale vécus à l'âge adulte. Les résultats obtenus peuvent cependant comporter certains biais d'estimation, en raison notamment d'un taux de non réponse plus élevé et d'un biais de mémoire chez les personnes plus âgées, du phénomène de désirabilité sociale et de l'interprétation rétrospective d'événements passés.

Résultats

Indice de soutien social - Dans l'ensemble, la proportion de la population de l'Outaouais présentant un faible indice de soutien social est similaire à la moyenne québécoise. Cette similitude persiste lorsque l'on considère les données par groupe d'âge et selon l'état matrimonial (tableau 1). Tout âge confondu, environ 20 % des personnes présentent un faible indice de soutien social. Contrairement à ce que l'on pourrait penser, les personnes âgées ne sont pas particulièrement touchées à cet égard. En général, les personnes ayant un conjoint ont tendance à avoir un indice de soutien social plus favorable que les autres.

Tableau 1 - Indice de soutien social selon l'âge et l'état matrimonial, population de 15 ans et plus, Outaouais et ensemble du Québec, 1998.

	% Outaouais 1998		% Québec 1998	
	Soutien social			
	Faible	Plus élevé	Faible	Plus élevé
Âge				
État matrimonial				

Estimation imprécise: à interpréter avec prudence.

Composantes de l'indice de soutien social - Le tableau 2 présente des données importantes sur la présence de personnes proches et d'amis en lien avec l'âge des individus. La première section du tableau nous indique que la probabilité de n'avoir aucune personne proche est généralement faible et qu'elle diminue à mesure que les individus avancent en âge. On observe la même tendance relativement à la probabilité d'avoir une ou deux personnes proches. À l'inverse, la probabilité d'avoir trois personnes proches ou plus augmente avec l'âge.

La proportion des personnes indiquant avoir des amis est supérieure à 90 % dans tous les groupes d'âge. Il est possible que les faibles différences (non significatives) observées à cet égard entre les groupes d'âge en Outaouais et dans l'ensemble du Québec (données non présentées) soient attribuables à des conceptions différentes de la notion « d'amis ». Par ailleurs, il est également vraisemblable que pour les jeunes, les amis jouent un rôle de soutien plus important, alors que pour les personnes âgées la famille et les proches constituent la principale source de support.

Tableau 2 - Composantes de l'indice de soutien social, selon le groupe d'âge, Outaouais 1998[■].

	% 15-24 ans	% 25-44 ans	% 45-64 ans	% 65 ans et +
Nombre de personnes proches				
Présence d'amis				

■ Voir le tableau 25.2 à la page 504 du rapport provincial pour les comparaisons avec le Québec.

Estimation imprécise: à interpréter avec prudence.
Estimation très imprécise: fournie à titre indicatif seulement.

Une proportion importante d'hommes et de femmes se disent « très satisfaits » ou « plutôt satisfaits » de leur vie sociale, tant en Outaouais que dans l'ensemble du Québec. Par ailleurs, lorsque ces deux catégories sont regroupées, la prévalence de la satisfaction quant à la vie sociale chez les hommes et les femmes de l'Outaouais est comparable à celle mesurée chez l'ensemble des Québécois et des Québécoises (tableau 3). En 1998, de 12 % à 15 % des individus se disent insatisfaits de leur vie sociale.

Concernant le nombre de confidents, l'on constate qu'une proportion relativement importante de femmes en Outaouais n'ont pas de confident, soit 11,2 % comparativement à 7,6 % dans l'ensemble du Québec. En général, le profil des résidants de la région à cet égard ressemble beaucoup à celui de l'ensemble des Québécois.

Tableau 3 - Composantes de l'indice de soutien social, selon le sexe, Outaouais et ensemble du Québec, 1998.

	% Outaouais 1998		% Québec 1998	
	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes
Satisfaction quant à la vie sociale				
Nombre de confidents				

Les pourcentages indexés du même exposant sont significativement différents pour des intervalles de confiance à 95%.

Les résultats de l'enquête pour l'Outaouais et le Québec sont similaires en ce qui concerne la fréquence des rencontres avec des amis et des membres de la famille, ainsi que la prévalence de la solitude durant les temps libres (tableau 4). L'information la plus importante de ce tableau est certainement que les personnes sans conjoint sont trois fois plus susceptibles de « se sentir seules plus de la moitié du temps » que les personnes ayant un conjoint.

Tableau 4 - Composantes de l'indice de soutien social, selon l'état matrimonial, Outaouais et ensemble du Québec, 1998.

	% Outaouais 1998		% Québec 1998	
	Avec conjoint	Sans conjoint	Avec conjoint	Sans conjoint
Fréquence des rencontres avec amis / famille				
Solitude durant les temps libres				

Estimation imprécise : à interpréter avec prudence

Situation de vie - Dans l'ensemble, on voit que le profil de la population de l'Outaouais et celui du Québec eu égard à la « situation de vie » sont assez similaires (tableau 5). Une exception: la proportion de personnes âgées de 25 à 44 ans vivant avec leur conjoint est plus élevée dans la région qu'au Québec ! Ainsi, les résultats reflètent les tendances observées dans la société : les jeunes habitent très fréquemment avec des colocataires, la grande majorité des adultes vivent avec un conjoint et les personnes âgées, plus souvent affectées par le décès de leur conjoint, sont proportionnellement plus nombreuses à habiter seules.

Tableau 5 - Situation de vie selon l'âge, Outaouais et ensemble du Québec, 1998.

	% Outaouais 1998			% Québec 1998		
	Vit seul	Vit avec conjoint	Vit avec autre	Vit seul	Vit avec conjoint	Vit avec autre
Âge						

Les pourcentages indexés du même exposant sont significativement différents pour des intervalles de confiance à 95%.

* Estimation imprécise : à interpréter avec prudence

** Estimation très imprécise : fournie à titre indicatif seulement

Les données présentées au tableau 6 apportent un éclairage intéressant sur les liens entre la pauvreté et le degré de soutien social au sein de la société québécoise. Environ le tiers des personnes pauvres ou très pauvres en Outaouais et au Québec vivent seules, alors que seulement moins de 10 % des personnes ayant un revenu élevé sont dans la même situation. Par contre, ces dernières sont proportionnellement plus nombreuses à habiter avec un conjoint. Environ une personne sur quatre en Outaouais et au Québec habite avec une personne autre que son conjoint. Cette proportion ne varie pas en fonction du revenu.

Tableau 6 - Situation de vie selon la catégorie de revenu, Outaouais et l'ensemble du Québec, 1998.

	% Outaouais 1998			% Québec 1998		
	Vit seul	Vit avec conjoint	Vit avec autre	Vit seul	Vit avec conjoint	Vit avec autre

Estimation imprécise : à interpréter avec prudence

Vivre seul - Le profil des hommes et des femmes est très différent en ce qui concerne le « bonheur de vivre seul ». Les données présentées au tableau 7 suggèrent que les femmes semblent se faire plus facilement à l'idée de vivre seules que les hommes. De fait, deux femmes sur trois se disent très heureuses ou heureuses face à cette situation. Pour les hommes, vivre seul semble plus difficile. Dans la région, seulement 27,5 % des hommes de l'Outaouais, comparativement à 46,6 % des hommes de l'ensemble de la province affirment être très heureux ou heureux dans cette situation. Par ailleurs, les hommes sont deux à trois fois plus susceptibles que les femmes à se déclarer malheureux ou très malheureux de vivre seuls.

Tableau 7 - Bonheur de vivre seul selon le sexe, Outaouais et ensemble du Québec, 1998.

	% Outaouais 1998		% Québec 1998	
	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes

Les pourcentages indexés du même exposant sont significativement différents pour des intervalles de confiance à 95%.

Estimation imprécise : à interpréter avec prudence.

Estimation très imprécise : fournie à titre indicatif seulement.

Événements traumatisants à l'enfance ou l'adolescence - Les données présentées au tableau 8 montrent que plus de la moitié des personnes âgées de 18 ans et plus au Québec et en Outaouais n'ont pas vécu d'événements traumatisants durant leur enfance ou leur adolescence. Une personne sur quatre semble avoir des souvenirs d'un seul événement traumatisant lors de l'enfance ou de l'adolescence et une proportion similaire de personnes affirment se souvenir de plus d'un événement traumatisant vécu avant l'âge de 18 ans.

Tableau 8 - Indice d'événements traumatisants vécus durant l'enfance ou l'adolescence selon le sexe, population de 18 ans et plus, Outaouais et ensemble du Québec, 1998.

	% Outaouais 1998		% Québec 1998	
	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes

Les composantes de l'indice d'événements traumatisants retenues pour l'enquête sont présentées au tableau 9. Ce sont surtout les « événements dont la pensée a effrayé pendant des années » (donc ayant une connotation d'insécurité, de peur) qui semblent revenir le plus souvent, suivis par les problèmes familiaux liés à la consommation d'alcool et de drogues de la part des parents. La situation des parents en lien avec l'emploi ou le statut matrimonial semblent aussi avoir eu un impact durable sur une fraction importante des répondants à l'enquête. Les mauvais traitements physiques sont évoqués par un peu plus de 6 % des personnes dans l'ensemble du Québec et par près de 8 % des personnes en Outaouais. Un séjour prolongé à l'hôpital a constitué un événement traumatisant pour plus d'une personne sur dix. De façon générale, le profil de fréquence des événements traumatisants rapportés en Outaouais correspond à celui observé dans l'ensemble du Québec.

Tableau 9 - Composantes de l'indice d'événements traumatisants vécus durant l'enfance ou l'adolescence, population de 18 ans et plus, Outaouais et ensemble du Québec, 1998.

	% Outaouais 1998	% Québec 1998

Estimation imprécise : à interpréter avec prudence.

Conclusion

Environ un adulte sur cinq en Outaouais et dans l'ensemble du Québec ne bénéficie pas d'un soutien adéquat de la part de sa famille et de ses proches. Par ailleurs, environ 15 % des personnes, tout âge confondu, se disent insatisfaites de leur vie sociale. Les données de l'enquête semblent contredire une croyance très répandue : les personnes âgées n'apparaissent pas plus isolées que les personnes plus jeunes. Elles sont plus nombreuses à vivre seules, certes, mais elles obtiennent aussi beaucoup plus de soutien de la part de leurs proches et ont autant d'amis que les personnes des autres groupes d'âge.

La situation de vie des personnes ne nous éclaire cependant pas sur le degré de satisfaction qu'ils expriment quant à leur vie sociale, ni sur leur état de santé mentale. Ainsi, on pourrait croire que le fait de vivre seul a généralement des conséquences défavorables. Cependant, les résultats de l'*Enquête sociale et de santé 1998* laissent entrevoir une réalité différente. Même si les personnes qui vivent seules sont généralement plus pauvres que celles qui vivent avec un conjoint par exemple, la majorité d'entre elles, et surtout les femmes, se disent heureuses ou très heureuses dans leur situation.

De façon générale, on remarque que les personnes qui vivent seules bénéficient moins souvent d'un bon niveau de soutien social. Les analyses provinciales approfondies des données de la présente enquête démontrent aussi qu'un faible niveau de soutien social est associé à une plus grande prévalence de détresse psychologique, à une fréquence plus élevée d'idées suicidaires, à une plus forte consommation de drogues et d'alcool, ainsi qu'à une incidence plus élevée de problèmes de santé chroniques.

L'enquête 1998 a innové en explorant le champ des événements traumatisants vécus durant l'enfance et l'adolescence. Les résultats indiquent qu'environ la moitié de la population rapporte avoir vécu certains événements de ce type et qu'ils ont eu une influence marquée sur leur vie. L'analyse des données provinciales à cet égard démontre encore une fois que plus une personne a vécu d'événements traumatisants, plus elle risque de présenter un niveau élevé de détresse psychologique. La même association a été établie avec les idées suicidaires, la consommation de drogues et d'alcool et les problèmes de santé de longue durée.

ENQUÊTE SANTÉ QUÉBEC

OUTAOUAIS

1 9 9 8

Les résultats régionaux de l'Enquête sociale et de santé 1998 sont publiés par la Direction de la Santé publique de la Régie régionale de la Santé et des Services sociaux de l'Outaouais.
Toute reproduction est autorisée à condition de mentionner la source.

ONT COLLABORÉ À CETTE PUBLICATION

Rédaction

Philippe Garvie
Jean-Pierre Courteau
Lise Émond
Nicole Truchon
Santé Québec

Infographie

Sylvie Bélisle

Pour toute information relative au contenu de cette fiche ou pour obtenir d'autres numéros, veuillez communiquer avec :

Philippe Garvie
agent de recherche

Tél. : (819) 776-7660, poste 7476
Courriel : philippe_garvie@ssss.gouv.qc.ca

104, rue Lois
Hull (Québec) J8Y 3R7

Dépôt légal
Bibliothèque nationale du Québec
Bibliothèque nationale du Canada
ISBN : 2-920780-86-7

RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE L'OUTAOUAIS
DIRECTION DE LA SANTÉ PUBLIQUE

Fiche 27 de 29

Avril 2002

ENQUÊTE SOCIALE ET DE SANTÉ

OUTAOUAIS 1998

LES RÉSULTATS DE L'ENQUÊTE SOCIALE ET DE SANTÉ 1998 POUR LA RÉGION DE L'OUTAOUAIS SONT PUBLIÉS SOUS FORME DE FICHES, CHACUNE CORRESPONDANT À UN DES THÈMES DE L'ENQUÊTE.

NOS FICHES

Fiche 1 : Méthodes
Fiche 2 : Caractéristiques sociales et socioéconomiques
Fiche 3 : Usage du tabac
Fiche 4 : Consommation d'alcool
Fiche 5 : Consommation de drogues et autres substances psychoactives
Fiche 6 : Alimentation : perceptions, pratiques et insécurité alimentaire
Fiche 7 : Activité physique
Fiche 8 : Poids corporel
Fiche 9 : Comportements sexuels et utilisation du condom
Fiche 10 : Orientation sexuelle et santé
Fiche 11 : Divers problèmes de santé propres aux femmes
Fiche 12 : Perception de l'état de santé
Fiche 13 : Problèmes d'audition
Fiche 14 : Problèmes de santé et problèmes visuels
Fiche 15 : Accidents et blessures
Fiche 16 : Santé mentale
Fiche 17 : Idées suicidaires et parasuicides
Fiche 18 : Incapacité et limitation d'activités
Fiche 19 : Recours aux services des professionnels de la santé et des services sociaux
Fiche 20 : Recours aux hospitalisations, à la chirurgie d'un jour et aux services posthospitaliers
Fiche 21 : Recours au service Info-Santé CLSC
Fiche 22 : Consommation de médicaments
Fiche 23 : Vaccination contre la grippe
Fiche 24 : Famille et santé
Fiche 25 : Environnement de soutien
Fiche 26 : Travail et santé
Fiche 27 : Environnement psychosocial au travail
Fiche 28 : Couverture des frais de santé par un régime d'assurance privé
Fiche 29 : Spiritualité, religion et santé

Environnement psychosocial au travail

Introduction

La littérature scientifique démontre clairement que certaines contraintes de l'environnement psychosocial au travail peuvent contribuer au développement de problèmes de santé physique et psychologique. Les chercheurs pensent que l'association d'une demande psychologique élevée avec une faible autonomie décisionnelle au travail joue un rôle important dans le développement de problèmes de santé mentale chez les travailleurs. Les personnes exposées à une demande élevée en milieu de travail, mais qui bénéficient d'un niveau élevé d'autonomie, sont moins à risque de développer de tels problèmes de santé. À l'extrême toutefois, une demande très élevée peut annuler l'effet protecteur de l'autonomie. Par ailleurs, les personnes disposant d'un faible niveau d'autonomie décisionnelle et exposées à une faible demande psychologique risquent de développer un sentiment d'impuissance qui les rend également susceptibles de souffrir de problèmes de santé.

La présente fiche vise à établir la prévalence des contraintes de l'environnement psychosocial au travail telles que déclarées par les travailleurs de l'Outaouais et de l'ensemble du Québec. Elle permet en outre d'évaluer la corrélation entre ces contraintes et certains indicateurs de santé (perception de l'état de santé mentale et de l'état de santé générale, indice de détresse psychologique) de façon à mieux caractériser l'impact du milieu de travail sur la santé de la population.

Aspects méthodologiques

Les questions relatives au thème abordé ici se réfèrent à la section VIII du questionnaire auto-administré (QAA), portant sur le travail. La population à l'étude est composée des personnes de 15 ans et plus qui occupaient un emploi et travaillaient 25 heures et plus par semaine au moment de l'enquête.

Le concept d'autonomie décisionnelle au travail est relié à deux aspects de la vie professionnelle : la capacité d'utiliser ses qualifications et d'en développer de nouvelles, ainsi que la possibilité de choisir la manière d'accomplir son travail et de participer aux décisions s'y rattachant. L'autonomie décisionnelle au travail est

mesurée au moyen de neuf questions (QAA53 à QAA61) provenant du « Job Content Questionnaire » (Karasek, 1985). La demande psychologique au travail fait référence à la charge de travail, aux exigences mentales et aux contraintes de temps. Elle est également mesurée à l'aide de neuf questions (QAA62 à QAA70) provenant également du « Job Content Questionnaire ».

Les répondants au questionnaire devaient indiquer leur degré d'accord avec chacune des affirmations du questionnaire, par exemple « Mon travail exige que j'apprenne des choses nouvelles » (QAA53). Les répondants avaient à choisir sur une échelle comprenant quatre catégories de réponses, allant de la cote 1 « fortement en désaccord » à la cote 4 « fortement en accord ».

Bien que le « Job Content Questionnaire » ne mesure pas toutes les contraintes du travail (et encore moins celles extérieures au travail, susceptibles de toucher davantage les femmes que les hommes), son utilisation dans l'*Enquête sociale et de santé 1998* a permis d'obtenir des données québécoises comparables à celles recueillies par de nombreuses études réalisées dans différents pays au cours des vingt dernières années (Karasek et autres, 1998).

Soulignons toutefois que la principale critique formulée à l'égard du « Job Content Questionnaire », est le caractère autorapporté des contraintes de l'environnement psychosocial au travail. Cela dit, cette mesure, basée sur la perception qu'ont les travailleurs et les travailleuses de leur propre environnement de travail, s'est avérée plus fortement associée avec les problèmes de santé que des mesures plus objectives de la qualité du milieu de travail. Par ailleurs, le devis transversal de l'enquête limite la possibilité de mettre en évidence des relations de cause à effet entre les contraintes de l'environnement de travail et les problèmes de santé signalés.

Résultats

Les différentes variables socio-économiques associées, selon la littérature, à une faible autonomie au travail sont présentées au tableau 1. Les données de l'enquête démontrent l'existence d'un gradient très clair entre d'une part le degré de richesse des individus, leur scolarité et leur degré de professionnalisation, et d'autre part leur autonomie professionnelle. Ces liens ne sont pas surprenants et ils se vérifient autant en Outaouais que dans l'ensemble du Québec. Les données régionales et provinciales diffèrent cependant sous un aspect: les personnes pauvres et très pauvres de l'Outaouais sont proportionnellement beaucoup plus nombreuses à déclarer un faible niveau d'autonomie au travail (85 % comparativement à 66 %).

Le tableau 1 permet également de mettre en lumière un phénomène peu documenté, à savoir que plus les gens passent de temps au travail, plus leur autonomie décisionnelle est élevée. On peut y voir notamment une indication de la qualité moindre des emplois à temps partiel ou la propension des cadres, des professionnels et des travailleurs autonomes à investir des heures « supplémentaires » dans leur travail. Il est important de se souvenir que nous sommes ici dans le contexte d'une étude transversale, ce qui ne permet pas de déterminer si le plus grand nombre d'heures travaillées est la cause ou l'effet d'une plus grande autonomie professionnelle.

Tableau 1 - Faible autonomie décisionnelle au travail, selon certaines variables socio-économiques, population de 15 ans et plus occupant un emploi, Outaouais et Québec, 1998.

Variables	% Outaouais 1998	% Québec 1998
Niveaux de revenu		
Scolarité		
Catégories professionnelles		
Heures travaillées		

Les pourcentages indexés du même exposant sont significativement différents pour des intervalles de confiance à 95%.

E Estimation imprécise : à interpréter avec prudence

Si ces données indiquent que les ouvriers et les manœuvres jouissent de peu d'autonomie décisionnelle au travail, ils sont en revanche beaucoup moins nombreux à rapporter une demande psychologique élevée (tableau 2). L'inverse s'avère également vrai puisqu'une proportion plus importante des professionnels et des cadres supérieurs, qui bénéficient pourtant d'une plus grande autonomie décisionnelle au travail, rapportent une demande psychologique élevée. En général, la demande psychologique au travail semble donc être inversement proportionnelle à l'autonomie décisionnelle.

Cette tendance se vérifie à travers les différentes catégories professionnelles, sauf chez les contremaîtres et les ouvriers qualifiés, qui rapportent une faible autonomie décisionnelle (en proportion semblable aux employés de bureau et aux manœuvres) mais une forte demande psychologique (dans une proportion se rapprochant de celle observée chez les professionnels et les cadres). En général, le profil quant à la demande psychologique en Outaouais correspond à celui de l'ensemble du Québec.

Tableau 2 - Demande psychologique élevée au travail selon les catégories professionnelles, population de 15 ans et plus occupant un emploi, Outaouais et Québec, 1998.

Catégories professionnelles	% Outaouais 1998	% Québec 1998

Estimation imprécise : à interpréter avec prudence

Selon toutes les études portant sur le sujet, l'autonomie décisionnelle au travail influence favorablement l'état de santé physique et mentale des personnes. Or, comme l'état de santé objectif d'une personne est étroitement corrélé avec sa propre évaluation de cet état de santé, le fait d'avoir une faible autonomie décisionnelle au travail devrait être associée à une perception négative de l'état de santé. Les données présentées au tableau 3 ne sont cependant pas aussi claires à cet égard. De fait, il n'existe pas véritablement de gradient entre la perception de l'état de santé et la proportion de travailleurs déclarant une faible autonomie décisionnelle, surtout en Outaouais.

Tableau 3 - Faible autonomie décisionnelle au travail en lien avec la perception de son état de santé, population de 15 ans et plus occupant un emploi, Outaouais et Québec, 1998.

Variables	% Outaouais 1998	% Québec 1998
Perception de la santé		
Perception de la santé mentale		

Estimation imprécise : à interpréter avec prudence

Il a également été démontré qu'une forte demande psychologique au travail peut avoir un impact sur la santé mentale des travailleurs. Les données présentées au tableau 4 démontrent que les personnes présentant un niveau élevé de détresse psychologique sont également relativement plus nombreuses à vivre une forte demande psychologique à leur travail. Par ailleurs, le fait de travailler dans un milieu de travail psychologiquement exigeant semble avoir des conséquences démesurées sur la santé mentale des travailleurs de l'Outaouais comparativement à ceux de l'ensemble du Québec.

Tableau 4 - Demande psychologique élevée au travail selon l'indice de détresse psychologique[■], population de 15 ans et plus occupant un emploi, Outaouais et Québec, 1998.

Indices de détresse psychologique	% Outaouais 1998	% Québec 1998

Les pourcentages indexés du même exposant sont significativement différents pour des intervalles de confiance à 95 %.

■ Pour la définition opérationnelle de l'indice de détresse psychologique, voir les fiches 16 et 17.

Conclusion

Les données présentées dans cette fiche s'inscrivent dans un courant de recherche international sur les effets de l'environnement psychosocial au travail. Les études récentes font appel à deux concepts relativement simples, soit l'autonomie professionnelle et la demande psychologique au travail, pour tenter d'expliquer certaines variations dans l'état de santé des travailleurs dont ne peuvent rendre compte les facteurs de risque connus et traditionnels (déterminants individuels, statut socio-économique, facteurs reliés à l'environnement physique au travail, etc.).

L'échantillon québécois de l'*Enquête sociale et de santé 1998* s'est bien « comporté » eu égard aux résultats rapportés dans la littérature. De façon prévisible, l'autonomie décisionnelle des travailleurs québécois augmente avec leur revenu, leur niveau de scolarité, leur degré de professionnalisation et le nombre moyen d'heures qu'ils passent au travail chaque semaine. Les cadres et les professionnels sont les plus nombreux à rapporter une demande psychologique élevée au travail, alors que les ouvriers et les manœuvres semblent relativement épargnés à cet égard. Entre ces deux extrêmes, les ouvriers qualifiés et les contremaîtres semblent hériter du pire des deux mondes : demande psychologique élevée et autonomie professionnelle peu importante.

Les personnes confrontées à une forte demande psychologique au travail sont plus à risque de souffrir de détresse psychologique. La corrélation entre l'autonomie professionnelle et l'auto-évaluation de son état de santé est moins claire. Cependant, les personnes qui se disent en bonne santé ont généralement tendance à déclarer davantage d'autonomie décisionnelle au travail.

Dans l'ensemble, les résultats pour l'Outaouais présentés dans cette fiche correspondent à ceux obtenus pour l'ensemble du Québec. Deux exceptions méritent cependant d'être soulignées. Les données régionales démontrent qu'un nombre relativement important de travailleurs de l'Outaouais déclarent avoir peu d'autonomie décisionnelle au travail. Ce constat ne s'applique pas seulement aux travailleurs à faible revenu, mais également à ceux, présumément plus favorisés, qui rapportent une perception positive de leur état de santé dans cette enquête. Les travailleurs de l'Outaouais confrontés à une forte demande psychologique au travail souffrent aussi plus souvent de détresse psychologique que leurs homologues québécois. Il serait intéressant d'explorer certaines pistes de recherche à cet égard, en lien notamment avec le fait que l'Outaouais possède une économie régionale très fortement axée sur le secteur tertiaire et sur les emplois au sein de la fonction publique fédérale.

RÉGIE RÉGIONALE
DE LA SANTÉ ET DES
SERVICES SOCIAUX
DE L'OUTAOUAIS
DIRECTION DE LA SANTÉ PUBLIQUE

ENQUÊTE SANTÉ QUÉBEC

OUTAOUAIS

1 9 9 8

Les résultats régionaux de l'Enquête sociale et de santé 1998 sont publiés par la Direction de la Santé publique de la Régie régionale de la Santé et des Services sociaux de l'Outaouais.
Toute reproduction est autorisée à condition de mentionner la source.

ONT COLLABORÉ À CETTE PUBLICATION

Rédaction

Philippe Garvie
Jean-Pierre Courteau
José Lopes-Nunes
Nicole Truchon
Santé Québec

Infographie

Sylvie Bélisle

Pour toute information relative au contenu de cette fiche ou pour obtenir d'autres numéros, veuillez communiquer avec :

Philippe Garvie
agent de recherche

Tél. : (819) 776-7660, poste 7476
Courriel : philippe_garvie@ssss.gouv.qc.ca

104, rue Lois
Hull (Québec) J8Y 3R7

Dépôt légal
Bibliothèque nationale du Québec
Bibliothèque nationale du Canada
ISBN : 2-89577-000-X

Avril 2002

ENQUÊTE SOCIALE ET DE SANTÉ

OUTAOUAIS
1 9 9 8

LES RÉSULTATS DE L'ENQUÊTE SOCIALE ET DE SANTÉ 1998 POUR LA RÉGION DE L'OUTAOUAIS SONT PUBLIÉS SOUS FORME DE FICHES, CHACUNE CORRESPONDANT À UN DES THÈMES DE L'ENQUÊTE.

NOS FICHES

Fiche 1 : Méthodes
Fiche 2 : Caractéristiques sociales et socioéconomiques
Fiche 3 : Usage du tabac
Fiche 4 : Consommation d'alcool
Fiche 5 : Consommation de drogues et autres substances psychoactives
Fiche 6 : Alimentation : perceptions, pratiques et insécurité alimentaire
Fiche 7 : Activité physique
Fiche 8 : Poids corporel
Fiche 9 : Comportements sexuels et utilisation du condom
Fiche 10 : Orientation sexuelle et santé
Fiche 11 : Divers comportements de santé propres aux femmes
Fiche 12 : Perception de l'état de santé
Fiche 13 : Problèmes d'ouïe
Fiche 14 : Problèmes de vue et problèmes visuels
Fiche 15 : Accidents et blessures
Fiche 16 : Santé mentale
Fiche 17 : Idées suicidaires et parasuicides
Fiche 18 : Incapacité et limitation d'activités
Fiche 19 : Recours aux services des professionnels de la santé et des services sociaux
Fiche 20 : Recours aux hospitalisations, à la chirurgie d'un jour et aux services posthospitaliers
Fiche 21 : Recours au service Info-Santé CLSC
Fiche 22 : Consommation de médicaments
Fiche 23 : Vaccination contre la grippe
Fiche 24 : Famille et santé
Fiche 25 : Environnement de soutien
Fiche 26 : Travail et santé
Fiche 27 : Environnement psychosocial au travail
Fiche 28 : Couverture des frais de santé par un régime d'assurance privé
Fiche 29 : Spiritualité, religion et santé

Spiritualité, religion et santé

Introduction

Cette fiche porte sur l'appartenance religieuse, la fréquentation d'un lieu de culte, l'importance accordée à la vie spirituelle et les liens entre ces variables et l'état de santé. Le modèle d'analyse adopté par Santé Québec pour l'enquête de 1998 permet d'établir pour la première fois des relations possibles entre les normes, les valeurs ou les idéologies et la santé et le bien-être des personnes. Jusqu'à tout récemment, les enquêtes de santé, dont celles de Santé Québec, n'avaient recours qu'à deux indicateurs portant sur la religion, soit l'appartenance religieuse et la fréquentation d'un lieu de culte.

Les valeurs spirituelles ne sont pas la propriété exclusive des religions organisées et elles n'incluent pas nécessairement des « concepts surnaturels ». Une majorité de chercheurs s'entendent pour affirmer que la spiritualité comporte de multiples facettes, notamment la recherche d'un but et d'un sens à la vie, la croyance qu'il existe quelque chose qui transcende l'être humain, le respect de la vie, l'idéalisme et l'altruisme. De façon opérationnelle, Santé Québec définit la spiritualité comme étant la quête d'un sens à la vie. La religion, pour sa part, est définie dans la présente enquête comme étant l'adhésion aux croyances et/ou aux pratiques d'une église ou d'une institution religieuse.

Bien que le sujet demeure relativement peu exploré, les résultats de diverses études américaines permettent d'établir certains constats relatifs aux liens entre la spiritualité et la capacité de faire face à un problème de santé chronique, tel le diabète ou le cancer. Certains auteurs font également la relation entre la spiritualité et le bien-être psychologique, susceptible d'avoir un effet tampon sur la détresse et la dépression par exemple. La spiritualité semble donc, au même titre que les diverses composantes du soutien social, pouvoir agir de façon positive sur l'état de santé physique et mentale, dans la mesure où elle augmente la capacité à affronter la détresse et à l'atténuer.

En ce qui concerne les liens entre santé et religion, plusieurs études descriptives font état « d'effets positifs et statistiquement significatifs » de la fréquentation d'un lieu de culte et de la présence de convictions religieuses sur la santé. Les religions découragent généralement l'acquisition d'habitudes de vie et de comportements ayant un impact négatif sur la santé, comme par exemple la consommation excessive d'alcool. La fréquentation d'un lieu de culte facilite également l'accès à un réseau de soutien social.

Aspects méthodologiques

Dans la présente fiche, l'exploration des concepts de spiritualité et de religion est menée à partir de trois questions intégrées au questionnaire autoadministré (QAA). À la section XI - Votre vie en général, une première question inspirée de celle posée dans une étude montréalaise (Lévy et al., 1985) vise à connaître l'importance accordée à la vie spirituelle (QAA157) : « Pour vous, la vie spirituelle (c'est-à-dire les croyances ou les pratiques liées à l'esprit ou à l'âme) est-elle très importante, assez importante, peu importante, pas importante du tout ? ». Lors de l'analyse, les réponses à cette question ont été regroupées en deux catégories, soit « très ou assez important » et « peu ou pas important ». La deuxième question cherche à évaluer la croyance selon laquelle la vie spirituelle aurait un effet sur la santé physique ou mentale (QAA158) : « Croyez-vous que vos valeurs spirituelles ont un effet positif sur votre état de santé, physique ou mentale ? Oui, beaucoup; oui, un peu; non, pas du tout; ne sais pas ». Finalement, la troisième question, placée à la section XVII - Renseignements sociodémographiques, est adaptée du recensement canadien de 1991 et porte sur l'appartenance religieuse actuelle (QAA229).

Pour mesurer la fréquentation d'une église ou d'un lieu de culte, Santé Québec a repris une question posée lors de l'enquête de 1987 (QAA230). Cinq réponses sont possibles, soit : 1- plus d'une fois par semaine, 2- une fois par semaine, 3- plus d'une fois par mois, 4- plus d'une fois par an et 5- ne fréquente jamais. Pour l'analyse, ces réponses ont été regroupées en trois catégories, soit « plus d'une fois par mois » (réponses 1, 2 et 3), « une fois par mois ou moins » (réponse 4) et « jamais » (réponse 5).

L'indicateur de consommation de drogues utilisé dans la présente fiche diffère de celui de la fiche 5 portant sur la consommation de drogues. Il exclut la prise de tranquillisants ou de somnifères (QAA46) ainsi que les drogues et médicaments en vente libre (QAA47). L'indicateur utilisé ici est donc plus représentatif de la consommation de drogues illicites.

La difficulté de définir la spiritualité de façon univoque constitue la plus importante limite de la présente analyse. La question posée dans le QAA définit la vie spirituelle comme « des croyances ou des pratiques liées à l'esprit ou à l'âme » ; il s'agit évidemment d'une description très globale, qui ne tient pas compte des multiples dimensions possibles de la spiritualité. Soulignons que pour la très grande majorité des Québécois le mot « religion » réfère à la religion catholique romaine. La proportion des Québécois appartenant à d'autres religions est relativement faible; c'est pourquoi elles ont été regroupées pour les fins de l'analyse, malgré les différences importantes existant entre elles.

Résultats

La spiritualité semble représenter une dimension importante de l'expérience humaine pour les deux tiers de la population. Elle semble prendre de plus en plus d'importance à mesure que les gens avancent en âge. Les résultats présentés au tableau 1 indiquent que les femmes ont tendance à accorder plus d'importance à la vie spirituelle que les hommes. À cet égard, aucune différence significative entre l'Outaouais et l'ensemble du Québec n'est observée.

Tableau 1 - Proportions de personnes qui croient que leur vie spirituelle est « assez importante » ou « très importante », selon l'âge et le sexe, Outaouais et Québec, 1998.

Variables	% Outaouais 1998	% Québec 1998
Âge		
Sexe		

L'appartenance religieuse se définit par l'adhésion aux croyances et/ou pratiques d'une église ou d'une institution religieuse. Il est possible d'avoir une vie spirituelle riche sans pour autant être une personne « pratiquante ». L'inverse, par contre, est peu probable. Ainsi, la proportion de personnes qui affirment fréquenter un lieu de culte est en général moins grande que la proportion de personnes qui affirment accorder de l'importance à la spiritualité.

Dans l'ensemble, environ le quart des personnes interrogées lors de l'enquête ont indiqué assister à des cérémonies religieuses de façon assez régulière (soit une fois par mois ou plus). Les tendances par âge et par sexe sont les mêmes que pour l'importance accordée à la vie spirituelle : les personnes âgées et les femmes ont tendance à fréquenter les lieux de culte plus assidûment. Encore une fois, aucune différence significative n'est observée à cet égard entre l'Outaouais et l'ensemble du Québec (tableau 2).

Tableau 2 - Proportions de personnes qui ont fréquenté des églises ou les lieux de culte au moins une fois par mois durant les 12 derniers mois, selon l'âge et le sexe, Outaouais et Québec, 1998.

Variables	% Outaouais 1998	% Québec 1998
Âge		
Sexe		

[*] Estimation imprécise : à interpréter avec prudence.

La grande majorité des Québécois et des résidants de l'Outaouais se déclarent de religion catholique. Environ huit pour cent des personnes disent appartenir à une autre religion et 12 % environ, au Québec et en Outaouais, ne déclarent d'allégeance à aucune religion (tableau 3).

Tableau 3 - Appartenance religieuse actuelle, population de 15 ans et plus, Outaouais et Québec, 1998.

Religion	% Outaouais 1998	% Québec 1998

[*] Estimation imprécise : à interpréter avec prudence.

Comme nous l'avons vu, les deux tiers de la population accordent une certaine importance à la vie spirituelle. Plus important encore, près de 70 % des personnes de l'Outaouais et de l'ensemble du Québec indiquent que la spiritualité a un impact (« beaucoup » ou « un peu ») positif sur la santé physique et mentale. La proportion est plus élevée chez les personnes âgées que chez les jeunes et a tendance à être plus importante chez les femmes que chez les hommes (tableau 4). À ce chapitre, aucune différence significative entre l'Outaouais et l'ensemble du Québec n'est observée.

Tableau 4 - Proportions de personnes qui croient que la vie spirituelle a un impact positif sur la santé physique et mentale, selon l'âge et le sexe, Outaouais et Québec, 1998.

	% Outaouais 1998		% Québec 1998	
Impact de la vie spirituelle	Beaucoup	Peu	Beaucoup	Peu
Âge				
Sexe				

[*] Estimation imprécise : à interpréter avec prudence.

Il semble exister des corrélations entre certaines habitudes de vie et l'importance accordée à la vie spirituelle. On voit par exemple au tableau 5 que les personnes qui consomment de l'alcool ou des drogues illicites indiquent accorder moins d'importance à la vie spirituelle que celles qui s'abstiennent de ces substances. Il semble également exister un lien entre la présence de maladies chroniques et l'importance accordée à la vie spirituelle. L'âge pourrait constituer ici un facteur confondant, puisque les maladies chroniques touchent plus fréquemment les personnes âgées, et que celles-ci accordent également plus d'importance à la vie spirituelle. Une fois de plus, aucune différence statistiquement significative entre l'Outaouais et le Québec n'a été observée.

Tableau 5 - Proportions de personnes qui croient que leur vie spirituelle est « assez importante » ou « très importante », en fonction de certaines habitudes de vie et de la présence de problèmes de santé chroniques, Outaouais et Québec, 1998.

Variables	% Outaouais 1998	% Québec 1998
Consommation d'alcool		
Consommateurs de drogues		
Problèmes chroniques		

Conclusion

Les données exposées dans cette fiche démontrent l'existence d'une relation évidente entre, d'une part, l'importance accordée à la vie spirituelle, l'appartenance religieuse actuelle et la fréquentation de lieux de culte, et d'autre part des indicateurs de santé comme la consommation d'alcool et de drogues illicites et la présence de problèmes de santé chroniques. Or, dans ce type d'enquête (transversale), il est impossible de déterminer si les associations observées sont causales. De plus, en supposant qu'elles le soient, il est impossible de distinguer les causes des effets, notamment parce qu'il est n'est pas possible de déterminer quel facteur a chronologiquement précédé l'autre. En ce sens, les enquêtes génèrent des hypothèses qui devront ensuite être testées dans des études analytiques.

L'importance accordée à la vie spirituelle et/ou à l'appartenance religieuse pourrait avoir un effet bénéfique sur la santé mentale des individus. Cela pourrait se traduire par une propension moins grande à consommer de l'alcool ou des drogues. À l'inverse, la consommation régulière de ces substances pourrait favoriser un désintéressement face à la vie spirituelle !

La relation entre la présence de maladies chroniques et l'intérêt pour la spiritualité pourrait s'expliquer par une prise de conscience des personnes atteintes face à la maladie et à la mort. Par ailleurs, comme mentionné, l'âge, qui est à la fois un bon prédicteur de la présence de maladies chroniques et d'un intérêt plus marqué pour les valeurs spirituelles, pourrait constituer un facteur confondant.

La très vaste majorité des intervenants du réseau de la santé ont choisi de travailler dans le domaine de la santé pour aider les gens et soulager leurs souffrances. La souffrance a depuis toujours été associée à la spiritualité ou à la religion, dans toutes les civilisations. La crise des religions n'a pas mis fin à cette quête de sens face à la condition humaine, la maladie et la mort. Elle n'a fait que lui donner un visage nouveau, pluraliste. L'intégration des valeurs spirituelles à l'approche thérapeutique et à la relation d'aide en général constitue pour plusieurs une solution à la crise perpétuelle que traversent les systèmes de santé des pays occidentaux. Elle représente notamment une alternative à la poursuite incessante de l'immortalité, grâce à des solutions technologiques de plus en plus coûteuses, dans un contexte d'acharnement thérapeutique croissant.

RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE L'OUTAOUAIS
DIRECTION DE LA SANTÉ PUBLIQUE

ENQUÊTE SANTÉ QUÉBEC

OUTAOUAIS

1 9 9 8

Les résultats régionaux de l'Enquête sociale et de santé 1998 sont publiés par la Direction de la Santé publique de la Régie régionale de la Santé et des Services sociaux de l'Outaouais.
Toute reproduction est autorisée à condition de mentionner la source.

ONT COLLABORÉ À CETTE PUBLICATION

Rédaction

Philippe Garvie
Jean-Pierre Courteau
Louis-Marie Poissant
Nicole Truchon
Santé Québec

Infographie

Sylvie Bélisle

Pour toute information relative au contenu de cette fiche ou pour obtenir d'autres numéros, veuillez communiquer avec :

Philippe Garvie
agent de recherche

Tél. : (819) 776-7660, poste 7476
Courriel : philippe_garvie@ssss.gouv.qc.ca

104, rue Lois
Hull (Québec) J8Y 3R7

Dépot légal
Bibliothèque nationale du Québec
Bibliothèque nationale du Canada
ISBN : 2-89577-001-8